

Liebe Patienten,

willkommen in der Zahnarztpraxis iDent in Offenbach.

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Bevor wir uns aber mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.

Wir bitten Sie, auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mitzuteilen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

1 Persönliche Angaben

KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

Name, Vorname		<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Geb. Datum	Geb. Ort		
Straße und Hausnummer			
PLZ	Ort	E-Mail	
Tel. privat		Mobil	
Beruf			
Arbeitgeber		Tel. beruflich	

ICH BIN

<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	
<input type="checkbox"/> zusatzversichert	Krankenkasse / private Krankenversicherung	
Bei welchem Versicherungsunternehmen?		
	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

Name, Vorname	Geb. Datum	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Straße			
PLZ	Ort		

Name des Hausarztes

Kontaktdaten

Bitte vermerken Sie hier sofern bekannt den Ort, die Straße sowie die Telefonnummer Ihres Hausarztes.

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt?

Ja Nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?

Bitte vermerken Sie hier sofern bekannt den Monat und das Jahr der Aufnahmen sowie den Namen des Arztes / der Praxis.

2 Ihr Anliegen

WAS IST DER GRUND IHRES BESUCHES?

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung

- Neuer Zahnersatz
- Zweitmeinung
- Zahnfleischbluten

- Knirschen
- Ästhetische Wünsche
- _____

3 Spezielle Gesundheitsfragen

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche Medikamente?

Nehmen Sie Blutverdünner? Ja Nein
Wenn ja, welches Medikament?

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein? Ja Nein
Wenn ja, welches Medikament?

FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN

Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat?

ALLERGIEN

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, gegen welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder andere Rauschmittel? Wenn ja, welche? Ja Nein

Konsumieren Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche? Ja Nein

4 Allgemeine Gesundheitsfragen

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein
Herzschrittmacher / künstl. Herzklappe? Ja Nein
Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein
Angeborener/erworbener Herzfehler? Ja Nein
Sonstiges?

KREISLAUFERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck? Ja Nein
Niedriger Blutdruck? Ja Nein
Sonstiges?

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis (A/B/C)? Ja Nein
Tuberkulose? Ja Nein
HIV? Ja Nein

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von _____ Jameda.de Online Suchmaschinen Telefonbuch
 Überweisung von _____ Homepage Außenwerbung Sonstiges

MÖCHTEN SIE AN IHREN NÄCHSTEN VORSORGETERMIN ERINNERT WERDEN?

Wenn ja, wie? per Telefon per E-Mail per SMS Ja Nein

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein
Nierenerkrankungen? Ja Nein
Magen- / Darmerkrankungen? Ja Nein
Chronische Lebererkrankungen? Ja Nein
Sonstiges?

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptische Anfälle? Ja Nein
Depressionen? Ja Nein

SONSTIGE ERKRANKUNGEN UND ANGABEN

Rheuma? Ja Nein
Chronische Lungenerkrankungen / Asthma? Ja Nein
Nase- / Nebenhöhlenerkrankungen? Ja Nein
Haben Sie eine sonstige Erkrankung? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Terminabsprachen & Versichertenkarte

Wir bitten Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden** vorher abzusagen. Anderenfalls müssen wir Ihnen leider die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung stellen. Zudem benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Einverständnis Röntgenerklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir durchgeführt werden. Ich willige hiermit ein, dass die Zahnarztpraxis iDent Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (bspw. Kieferorthopäde / Hausarzt) einholt und in der Praxis erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

Einverständnis Fotoaufnahmen in der Praxis

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass im Rahmen der Dokumentation und praxisinternen Qualitätssicherung Fotoaufnahmen von Ihrem Gebiss angefertigt und ggf. an Dritte (bspw. Zahntechnikerlabor, Kieferorthopäde) im Zuge der Behandlung, dem fachlichen Austausch und der Ergebnissicherung weitergegeben werden. Diese Bilder unterliegen ebenso wie die übrigen Behandlungsdaten der zahnärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung nach EU-DSGVO

An dieser Stelle möchten wir Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Durch Ihre Unterschrift auf dieser Seite erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden. Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich. Weitere Informationen zum Datenschutz, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben oder eine Auskunft zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet erhalten Sie jederzeit auf Nachfrage an der Rezeption.

Leitungsanästhesie

Ich bestätige hiermit, dass ich über die Behandlungsrisiken einer Leitungsanästhesie aufgeklärt worden bin. Mir wurde im Einzelnen erläutert, was unter einer „Leitungsanästhesie“ zu verstehen ist und welche Behandlungsrisiken daraus bei chirurgischen und/oder konservierenden/prothetischen Behandlungen entstehen können, wenn eine Leitungsanästhesie im Unterkiefer vorgenommen wird. Mir wurde u. a. erläutert, dass eine eventuelle Schädigung des Zungennervs und/oder des Unterkiefernervs zwar ein sehr seltenes, aber nicht auszuschließendes Risiko ist, das eventuell zu dauerhaften Beeinträchtigungen führen kann (Sensibilitätsstörungen, Taubheitsgefühl, Geschmacksstörungen, etc.).

Ebenso ist mir bewusst, dass allergische Reaktionen durch das Betäubungsmittel entstehen können. Es können Kopfschmerzen und leichtes Schwindelgefühl auftreten. Außerdem können die Reaktionsfähigkeit und das Konzentrationsvermögen vermindert sein, was vor allem bei der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr zu beachten ist.

Ich erteile hiermit für die Durchführung einer Leitungsanästhesie im Zusammenhang mit der von mir gewünschten Zahnbehandlung mein ausdrückliches Einverständnis. Ich lege auf eine ausreichende Schmerzfreiheit bei der Zahnbehandlung großen Wert.

Bestätigung & Aktualität Ihrer Angaben

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Eventuelle Änderungen werde ich entsprechend mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter