



Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Herr Frau Kind

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon (privat) - bitte denken Sie an die Vorwahl

Telefon (tagsüber) - bitte denken Sie an die Vorwahl

E-Mail-Adresse

Beruf und Arbeitgeber

Angaben zur Versicherung

Krankenkasse / private Versicherung

Familienversichert bei (Name und Geburtsdatum)

Private Versicherung?	ja	nein
Basistarif?	ja	nein
Zusatzversicherung?	ja	nein
Beihilfeberechtigt?	ja	nein

Kostenhinweis für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch **14 Tage nach der Behandlung** nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach GOZ.

Weitere Informationen

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? **ja** **nein**

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? **ja (auch per Postkarte)** **nein**

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden? **ja** **nein**

Kommen Sie auf Empfehlung in unsere Praxis? Wenn ja, auf wessen Empfehlung?

Haben Sie für Ihre Behandlung einen besonderen Wunsch?

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Rechnungsstellung der zahnärztlichen Behandlung an Hämmerle Forderungsmanagement GmbH, Justus-von-Liebigstrasse 2, 85435 Eding weitergeleitet werden.

Die Daten der Patientenakte werden bis zum Tod des Patienten aufbewahrt, damit bei einem Praxisinhaberwechsel die Patientendaten dem nachfolgenden Zahnarzt vorliegen.

EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis einsehbar.

ja **nein**

Datum und Unterschrift

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung? **ja** **nein**
Wenn ja, wegen welcher(n) Erkrankung(en)?

Name des Haus- bzw. des Facharztes

Anschrift des Haus- bzw. des Facharztes

Vorhergehender Zahnarzt

Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung?

Gesundheitszustand

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- Eine Herzklappenentzündung
- Einen Herzschrittmacher
- Angina Pectoris
- Einen Herzinfarkt
- Herzasthma
- Einen Herzklappenersatz

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, ASS)
- Bisphosphat
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva
- Andere Medikamente: _____

Leiden / litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Herzens oder Kreislaufes	ja	nein
Leber	ja	nein
Niere	ja	nein
Schilddrüse	ja	nein
Magen-Darm-Traktes	ja	nein
Gelenke (Rheuma)	ja	nein
Wirbelsäule	ja	nein
Hohen Blutdruck	ja	nein
Niedrigen Blutdruck	ja	nein
Diabetes	ja	nein
Zahnfleischbluten	ja	nein
Ohrensausen / Tinnitus	ja	nein
Epilepsie	ja	nein
Grünen Star	ja	nein
Tuberkulose	ja	nein
Osteoporose	ja	nein
HIV (Aids)	ja	nein
Hepatitis	ja	nein

Gesundheitszustand

Leiden / litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Bluterkrankung (z.B. Hämophilie) **ja** **nein**
Sonstige Bluterkrankungen:

Hepatitis

Wenn ja, welcher Typ?

A **B** **C**

Allergien

ja **nein**

Wenn ja, wogegen?

Besitzen Sie einen Allergiepass? **ja** **nein**

Sonstige Infektionen / Erkrankungen?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? **ja** **nein**

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Leiden Sie unter Mundgeruch? **ja** **nein**

Besitzen Sie einen Zahnersatz? **ja** **nein**

Wenn ja, wie alt ist er? _____

Knirschen Sie mit den Zähnen? **ja** **nein**

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? **ja** **nein**

Rauchen Sie? **ja** **nein**

Sind Sie Drogen- und / oder Alkoholabhängig? **ja** **nein**

Wann wurden Sie das letzte Mal im

Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? (Monat / Jahr) _____

Möchten Sie einen Röntgenpass? **ja** **nein**

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen, wie z.B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende Nervenbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrsbeeinträchtigung.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Bitte beachten Sie, dass Medikamente, auch Betäubungsspritzen, Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Sie dürfen nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. In seltenen Fällen kann es durch eine Anästhesie im Unterkiefer zu einer Nervenverletzung des Nervus lingualis o. Nervus mandibularis kommen. Dies hätte einen vorübergehenden oder in sehr seltenen Fällen auch dauerhaften Sensibilitätsverlust des jeweiligen Unterkieferbereiches / Zunge zur Folge.

Datum und Unterschrift