

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

Kostenhinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

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. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

- bitte wenden -

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

ANAMNESEBOGEN

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- Bleaching
- gerade Zähne
- professionelle Zahnreinigung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- Implantat
- Ratenzahlung
- andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein
Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

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

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Traktes ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- 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
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein
- Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- Angina Pectoris
- einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- Bisphosphate
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva
- andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein
Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
Rauchen Sie? ja nein
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Fragen / Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Datenschutz

- Mir ist bekannt, dass meine Erklärungen auch für zukünftige Behandlungen gelten und vor jeder neuen Behandlung widerrufen werden können. Ferner bestätige ich den Empfang einer Kopie dieses Formulars.
- Mir wurde ferner die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis BissVest zur Verfügung gestellt. Ich habe die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis BissVest zur Kenntnis genommen und mich entschieden keine eigene Ausführung mitzunehmen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis einsehen kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis BissVest meine Daten nutzt um mir besondere Informationsmaterialien oder Angebote zu schicken. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit formlos widerrufen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis BissVest meine Daten nutzt um mich im Rahmen des Erinnerungsservice an meinen nächsten Kontrolltermin zu erinnern. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit formlos widerrufen.
- Die Erklärungen auf diesem Patientenbogen habe ich verstanden. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.
- Vor der Einwilligung wurde ich darauf hingewiesen, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich (E-Mail reicht) zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Rechenzentrum

Wir arbeiten mit einem Rechenzentrum (z.B. DIE ZA) zusammen und bitten Sie hiermit um Einverständnis, Rechnungen an das Rechenzentrum abzutreten. So haben Sie auch die Möglichkeit, Rechnungen in Raten zu zahlen. Sprechen Sie uns einfach an.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten