

Patientenanmeldung

Patient:

Name	Vorname	Geb.
Straße / Hausnummer		Telefon / privat
Postleitzahl / Ort		Telefon / mobil
Beruf	Arbeitgeber	
E-Mail	Telefon geschäftlich	

Mitglied / Rechnungsempfänger:

Name	Vorname	Geb.
Straße / Hausnummer		Telefon / privat
Postleitzahl / Ort		Telefon mobil
Name der Versicherung		

Ich bin pflichtversichert freiwillig versichert
 privat versichert privat zusatzversichert

Hatten Sie bisher Angst vor zahnärztlichen Behandlungen? NEIN JA

Sind Sie interessiert an einer Behandlung in moderner klinischer Hypnose? NEIN JA

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Gesundheit ist uns wichtig: Zur Vermeidung von Komplikationen benötigen wir folgende Angaben zu Ihrer allgemeinen Gesundheit. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben / hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA,
	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig
	Seit wann? _____	
Tumorerkrankung?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	Welche? _____	
Rheuma	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Leber-/Magen-/Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	Welche? _____	
Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	Welche? _____	
HIV-Infektion / AIDS	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
TBC (Tuberkulose)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	Welche? _____	
Hepatitis A / B / C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	Welche? _____	
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	Welche? _____	
Hatten Sie schon einmal eine allergische Reaktion?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	gegen was? _____	
Haben Sie einen Allergiepass	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	wenn ja, wann? _____	
Haben Sie einen Herzfehler	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Haben Sie eine künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Haben Sie einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	wenn ja, wann? _____	
Hatten Sie schon mal eine Thrombose	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Wie ist ihr Blutdruck?	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	welche? _____	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	in welchem Monat? _____	
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Haben Sie Interesse an einem Schnarchschutz?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
Leiden Sie unter Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA

Haben Sie Beschwerden, wenn Sie kauen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Kauen Sie regelmäßig Kaugummi?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Pressen oder knirschen Sie unbewusst auf Ihren Zähnen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA,	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA,	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Leiden Sie an Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
	<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	
	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseits	<input type="checkbox"/> wechselnd
Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
	<input type="checkbox"/> Kopfbereich	<input type="checkbox"/> Nacken	<input type="checkbox"/> Hals	
Verspüren Sie manchmal Trockenheit Brennen im Mund?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Wann sind Sie zuletzt geröntgt worden?	_____			
Welche Körperregion ist geröntgt worden?	_____			
Wann sind Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt worden?	_____			
Wie oder durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam?	_____			

Anästhesievereinbarung:

Bei der örtlichen Betäubung kann es zu unerwünschten Nebenwirkungen (u.a. Schwindelgefühl, Schwellungen, Herzrasen) kommen.

Bei der Leitungsanästhesie im Unterkiefer wird zwangsläufig die Zunge einseitig betäubt. Diese Art der Injektion kann in seltenen Fällen zu (ggf. irreversiblen) Schädigungen des jeweiligen Zungennervs sowie des Unterkiefernervs führen. Mit ihrer Unterschrift bestätigen sie uns, dass sie über Risiken dieser Anästhesiemethode aufgeklärt wurden. Diese Aufklärung erfolgt einmalig.

Terminvereinbarung:

Wir arbeiten als Bestellpraxis, das heißt, dass wir die vereinbarten Termine für Sie freihalten und keine weiteren Patienten in dieser Zeit einbestellen werden. Wir vertrauen darauf, dass die Termine eingehalten werden. Sollten Sie verhindert sein, möchten wir Sie bitten, den vereinbarten Termin wenigstens 24 Stunden vorher abzusagen und ggf. eine neue Terminvereinbarung zu treffen. Mit Ihrer Unterschrift gilt als vereinbart, dass Ihnen bei nicht fristgerechter Terminabsage der ausgefallene Behandlungstermin gem. § 615 BGB (zahnärztliche Behandlung 100€, sowie Zahnreinigungsbehandlung 50€) privat in Rechnung gestellt wird.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und das Einverständnis zu den Terminvereinbarungen und der Anästhesievereinbarung

Datum Unterschrift

Einwilligungserklärung zum Datenschutz



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte lesen Sie sich folgende Fragen aufmerksam durch und beantworten diese gewissenhaft.
Sie erleichtern uns damit einen reibungslosen Praxisablauf.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wie dürfen wir sie allgemein kontaktieren?

- Post
 Telefon mobil und/oder geschäftlich
 Mail
 sonstiges? _____

Zu welchen Themen dürfen wir Sie kontaktieren?

- Terminabsprache / Terminerinnerung / Terminverschiebung
 ggf. Versicherungsanfragen
 Anfragen von unserem Abrechnungsbüro (DZR/HZA)
 Abklären von Befunden / Diagnostik
 Anfragen von unserem Zahntechniklabor (bei Rückfragen)

Erlauben Sie die Weitergabe z.B. von Behandlungsdaten oder Röntgenbilder an Überweiserpraxen?

Bspw. Kieferchirurgen, Zahntechniklabor, Kieferorthopäde

- JA Nein

Möchten Sie an unserem Erinnerungsservice / Recall teilnehmen, sobald die nächste Kontrolluntersuchung oder Zahnreinigung wieder ansteht?

- JA Nein

Wie möchten Sie beim Erinnerungsservice / Recall erinnert werden?

- Telefon Mail

Dürfen wir Ihnen ein Tag vor einem Behandlungstermin eine SMS als Erinnerung senden?

- JA Nein

Diese Einwilligungserklärung geben Sie einmalig. Sollte sich etwas an Ihren Daten ändern, geben Sie uns bitte sofort Bescheid.

Unsere aktuelle Datenschutzerklärung finden Sie in unserem Wartezimmer.
Gerne händigen wir Ihnen auch ein Exemplar auf Anfrage aus.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Datum _____ Unterschrift _____