

Sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in meine Praxis kommen. Um Ihre Therapie zielgerichtet an Ihre Bedürfnisse anpassen zu können, bitte ich Sie, mir vor unserem ersten Gespräch die folgenden Fragen zu beantworten.

Patient

Name	Vorname	geb.
<hr/>		
ggf. Name Erziehungsberechtigter/Vormund	ggf. Vorname Erziehungsberechtigter/Vormund	geb.

Anschrift

Straße	PLZ / Ort
<hr/>	

Telefon/Mail

Telefon/Mobiltelefon	E-Mail
<hr/>	

Ihr Beruf

Hausarzt

Name	Anschrift
<hr/>	
Telefon	E-Mail

Krankenkasse

<hr/>	<input type="checkbox"/> Privatversicherung
<hr/>	
<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung Name	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt Name

01 Allgemein Fragen

	Ja	Nein
Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?.....	[]	[]
Bekommen Sie Ihre Zähne beim Putzen nicht richtig weiß?	[]	[]
Ist Ihr Zahnfleisch an bestimmten Stellen geschwollen oder blutet leicht beim Putzen?.....	[]	[]
Haben Sie öfter Kopf- oder Nackenschmerzen?	[]	[]
Hören Sie im Kiefergelenk ein knacken oder reiben?.....	[]	[]
Fühlen Sie sich beim Sprechen oder Essen eingeschränkt?	[]	[]
Sind Sie mit Ihrem Lächeln zufrieden?.....	[]	[]
Achten Sie auf frischen Atem?	[]	[]
Haben Sie öfter Stress?	[]	[]
Schnarchen Sie?	[]	[]

02 Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Zahngesundheit und die Behandlung haben. Haben oder hatten Sie folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Zuckerkrankheit/ Diabetes 1 , II.....	[]	[]	Osteoporose (Bisphosphonate)	[]	[]
Rheuma.....	[]	[]	Bluterkrankung	[]	[]
Blutgerinnungsstörung.....	[]	[]	Leberkrankheit (Hepatitis A B C)	[]	[]
Magengeschwür	[]	[]	Herzerkrankung.....	[]	[]
Asthma.....	[]	[]	Hoher/ niedriger Blutdruck.....	[]	[]
Herzinfarkt.....	[]	[]	HI-Virus Infektion	[]	[]
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.....	[]	[]	Krebs / Tumor.....	[]	[]
Anfallsleiden / Epilepsie.....	[]	[]			
Sind Sie Raucher/in?	[]	[]	Wieviele Zigaretten/Tag?	_____	

03 Allergien? (auch gegen Medikamente/Materialien) _____

05 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? wenn ja, welche? _____

06 Medikamentenunverträglichkeit? wenn ja, welche? _____

07 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ?

Nein [] Ungewiss [] Ja [] Woche _____

08 Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden ? _____

09 Dürfen wir Sie über Telekommunikationsmedien an Ihre Termine erinnern?

Ja [] Nein []

10 Dürfen wir Sie per E-Mail kontaktieren? Ja []

_____ Nein []
Mailadresse

Vielen Dank für ihre Angaben. Ihre Angaben in meiner Praxis unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Werktage im Voraus abzusagen, anderenfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich stimme außerdem zu, dass meine Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Berichte, Modelle etc.) bei Bedarf an meine behandelnden/ überweisenden Ärzte/ Zahnärzte/ Zahntechniklabor übermittelt werden.

Neuenstein, den _____
Datum

Unterschrift Patient (ggf. Erziehungsberechtigter/Vormund)