HERZLICH WILLKOMMEN!

Liebe Patientin, lieber Patient,

um uns optimal auf Ihre Behandlung vorbereiten zu können, benötigen wir vor Behandlungsbeginn einige Angaben von Ihnen. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Er ist im Interesse einer komplikationslosen Behandlung vollständig auszufüllen.

Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte in einem persönlichen Gespräch mit dem Zahnarzt vor der Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Ihr Praxisteam Thomas Behrens

IHR ZAHNARZT
THOMAS BEHRENS

Falls Sie einen Medikamentenplan, Allergiepass, Marcumarausweis, Herzpass oder Ähnliches besitzen zeigen Sie diesen bitte der Kollegin an der Anmeldung vor!

Persönliche Daten

W M D

Name | Vorname | Geburtsdatum

Straße | Hausnr. | PLZ | Ort

Telefon | Mobil | E-Mail | Beruf

Hausarzt

Hausarzt | Name | Ort

Krankenversicherung

Krankenkasse / Private Krankenversicherung

Gesetzlich versichert Ja Nein

Zusatzversicherung Ja Nein

Privat versichert Ja Nein

Basistarif Ja Nein

Beihilfeberechtigt Ja Nein

Änderungen des Versicherungsverhältnisse sind uns bitte umgehend mitzuteilen.

Gesundheitsfragen

Geschlecht W M D

für Frauen

Nehmen Sie die Pille? Ja Nein

Könnten Sie schwanger sein? Nein

Ja, im Monat...

Stillen Sie? Ja Nein

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden…

Herz- / Kreislauferkrankungen? Ja Nein

Erhöhter Blutdruck Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein

Durchblutungsstörungen Ja Nein

Herzschwäche (Herzinsuffizienz) Ja Nein

Brust-schmerzen Ja Nein

Thrombose / Embolie (z.B. Schlaganfall) Ja Nein

Herzfehler / Herz-klappenerkrankung / Herzklappenersatz Ja Nein

Herzinfarkt Ja Nein

Andere:

Herzschrittmacher Ja Nein

Herzmuskel-entzündung Ja Nein

Nieren- und Harnwegserkrankungen? Ja Nein

Eingeschränkte Nierenfunktion Ja Nein

Nieren-transplantation Ja Nein

Prostata Ja Nein

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden…

Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

Blutarmut (Anämie) Ja Nein

Angeborene Bluterkrankungen (Hämophilie) Ja Nein

Blutverdünnung Ja Nein

Blaue Flecken / häufiges Nasenbluten Ja Nein

Wenn ja, welches Medikament?

Lungen- und Atemwegserkrankungen? Ja Nein

Atemnot beim Treppensteigen (COPD) Ja Nein

Gestörte Atemreflexe / Schlafapnoe / Schnarchen Ja Nein

Chronische Bronchitis Ja Nein

Chronische Sinusitis Ja Nein

Asthma Ja Nein

Infektionskrankheiten? Ja Nein

Hepatitis (Gelbsucht) Ja Nein

Tuberkulose (Tbc) Ja Nein

HIV / AIDS Ja Nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK/vCJK) Ja Nein

Infektionskrankheiten (z.B. MRSA) Ja Nein

Andere Infektionskrankheiten:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden…

Erkrankungen des Verdauungstraktes? Ja Nein

Magenerkrankungen Ja Nein

chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen / Autoimmunerkrankungen? Ja Nein

Diabetes mellitus / Blutzucker Ja Nein

Rheuma / Rheumatoide Arthritis Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Gicht / Porphyrie Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Nervenleiden? Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

Depression Ja Nein

Morbius Parkinson Ja Nein

Multiple Sklerose Ja Nein

Demenz Ja Nein

Augenerkrankungen? Ja Nein

Grüner Star (Glaukom) Ja Nein

Grauer Star (Katarakt) Ja Nein

kürzliche Augenoperationen Ja Nein

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden…

Allergien / Überempfindlichkeiten? Ja Nein

Aromastoffe Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Jod Ja Nein
Andere:
Lokalanästhesie / Spritzen Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
Laktose Ja Nein
Metalle / andere Materialien Ja Nein
Latex Ja Nein
Fluorid Ja Nein

sonstigen Erkrankungen? Ja Nein

Tumorerkrankungen Ja Nein
Krebs Ja Nein
Erkrankungen des Immunsystems Ja Nein

Gibt es bei Ihnen weitere, für uns wichtige Besonderheiten? Ja Nein

Unfälle Ja Nein
Operationen Ja Nein
Chemotherapie Ja Nein
Strahlentherapie Ja Nein

Röntgen

Wurden in den letzten 2 Jahren zahnärztliche Röntgenaufnahmen von Ihnen angefertigt? Ja Nein

Frühere Operationen/ Komplikationen

Kam es bei früheren Operationen / zahnärztlichen Behandlungen zu Komplikationen? Ja Nein

Verstärkte Blutungen Ja Nein
Abszesse / Eiterungen / Fisteln Ja Nein
Verzögerte Heilung Ja Nein
Sonstige Besonderheiten
Verstärkte Narbenbildung Ja Nein
Thrombosen / Embolien Ja Nein

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

Blutverdünner Ja Nein

(z.B. Marcumar®, Plavix®, ASS®, Clopidocrel®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Aggrenox®,Efient®, Brilique®,Godamed®, Iscover®, Prasugrel®).

Wenn ja, welchen?

Medikamente für den Knochenstoffwechsel/ zur Härtung des Knochens Ja Nein

(z.B. Zomenta®, Actonal®, Fosamax®, Denosumab®)

Wenn ja, welches?

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Allgemeines

Wie haben Sie uns geunden?

- ☐ Internetsuche
- ☐ Telefonbuch/ Gelbe Seiten
- ☐ Presse (Anzeige / Zeitung)
- ☐ Homepage
- ☐ Jameda

Empfehlung von:

Ich interessiere mich für folgende Leistungen / Ich wünsche Beratung zu folgenden Themen:

- Vorsorge
- Prophylaxe
- Familie & Kinder
- Zahnerhaltung
- Wurzelbehandlung
- Zahnersatz
- Ästhetik
- Labor
- Implantologie
- Parodontologie
- Chirurgie
- Kieferorthopädie
- Angstpatienten
- Schienentherapie

Service

Termin-Erinnerungs- und Recall-Service*

Dauerhaft gesunde Zähne und ein gesunder Zahnhalteapparat sind kein Zufall, sondern hängen entscheidend von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab.

Da wir der Meinung sind, dass Vorsorge besser ist als Probleme zu beheben, bieten wir Ihnen einen Termin-Erinnerungs- und Recall Service.

☐ Ja **Ich möchte den Recall Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.** Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und / oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Ich wünsche eine Kontaktaufnahme per:

☐ Brief ☐ E-Mail ☐ SMS

☐ Ja **Ich möchte den Terminerinnerungs-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.** Bitte erinnern Sie mich 24 Stunden vor meinem Termin. Die Teilnahme an dem Termin-Erinnerungs-Service kann ich jederzeit widerrufen.

Ich wünsche eine Kontaktaufnahme per:

☐ E-Mail ☐ SMS ☐ Tel

*Patienteninformation zum Datenschutz: Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Empfänger Ihrer Daten: Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten verschlüsselt nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie hierfür Ihr Einverständnis. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Zahnärzte, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Zahnärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen und Dentallabore sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Allgemeine Information

Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem

Das bedeutet, dass für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und dass wir die für Sie reservierte Zeit vollauf für Sie zur Verfügung haben. Allerdings bedeutet es auch, dass wir Sie bitten müssen, uns spätestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können. Ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen.

☐ **Hiermit versichere ich, den Text gelesen und verstanden zu haben und alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gewissenhaft gemacht zu haben.**

Ort, Datum

Unterschrift Patient