

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis.

Für die komplikationslose Behandlung und eine bestmögliche Organisation benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie zu diesem Informationsblatt Fragen haben, klären wir dies gerne in einem persönlichen Gespräch.

Patienten/in

Name	Vorname	Geburtstag / -ort
------	---------	-------------------

Mitglied

Name	Vorname	Geburtstag
------	---------	------------

Anschrift

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefon

Privat	Mobil	Beruflich
--------	-------	-----------

E-Mail

E-Mail-Adresse

Beruf

Tätigkeit	Anschrift des Arbeitgebers
-----------	----------------------------

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

- | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Pflichtversichert | <input type="radio"/> Freiwillig versichert |
| <input type="radio"/> Zusatzversicherung | <input type="radio"/> Basisversicherung |
| <input type="radio"/> Privat versichert | <input type="radio"/> Privat versichert, beihilfeberechtigt |

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Sie zur Bezahlung Ihrer gesamten Rechnung verpflichtet sind, auch wenn Ihre Krankenkasse (bzw. Privat-oder Zusatzversicherung) nicht immer in vollem Umfang erstattet.

Datum, Unterschrift

Einverständniserklärung Terminerinnerung per SMS

Einwilligung zur elektronischen Datenübermittlung

Für den Service der SMS- Terminerinnerung am Tag vorher arbeiten wir mit dem Dienstleister 3steps2web, Gordon Seipold zusammen, mit dem wir eine Datenschutzvereinbarung nach der EU- DS- GVO getroffen haben. Diese ist bei uns jederzeit auf Anforderung einsehbar.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS von der unten genannten Praxis erhalte.

Datum, Unterschrift



Für eine komplikationslose Behandlung bitte ausfüllen

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? Nein Ja

Gab es in den letzten 2 Jahren Krankenhausaufenthalte?
Wenn ja, weswegen? Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein? Wenn ja, welche und wofür? Nein Ja

Besteht eine Allergie gegen Medikamente oder Materialien? (z.B. Penicillin, Jod, Nickel etc.) Wenn ja, gegen welche? Nein Ja

Haben Sie einen Allergiepass? Nein Ja

Leiden Sie unter Herzerkrankungen (z.B. Herzschwäche, unregelm. Herzschlag, Herzasthma ?) Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Zustand nach Herzinfarkt? Nein Ja

Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen? Nehmen Sie Beruhigungsmittel (z.B. Valium)? Nein Ja

Sonstiges:

Leiden Sie an folgenden Krankheiten? Nein
(Bitte schreiben Sie im Falle einer Erkrankung die Jahres-
angabe dahinter, seitdem Sie an der Krankheit leiden.)

Diabetes	<input type="radio"/> JA
Asthma	<input type="radio"/> JA
Tuberkulose	<input type="radio"/> JA
Epilepsie	<input type="radio"/> JA
Rheuma	<input type="radio"/> JA
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> JA
Magen-Darmerkrankungen	<input type="radio"/> JA
Nierenleiden	<input type="radio"/> JA
HIV/Aids	<input type="radio"/> JA
Bluthochdruck	<input type="radio"/> JA
Hepatitis A, B, C	<input type="radio"/> JA
Andere	

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, welcher Monat? Nein Ja

Wurden/werden Sie kieferorthopädisch behandelt? Nein Ja, ich habe/hatte eine heraus-
nehmbare oder festsitzende Zahnsperre.

Fand schon einmal eine Parodontose-Behandlung
(tiefe Zahntaschenreinigung) statt? Nein Ja. Wann?

Sind schon einmal bei einem Zahnarztbesuch
Komplikationen aufgetreten? Nein Ja. Welche?



Haben oder hatten Sie schon einmal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verletzt wurden?

Nein

Ja. Wann und welche Art?

Welche Veränderungen beobachten Sie an Ihren Zähnen?

Keine

Zahnfleischbluten

Zahnlockerung/ Zahnbeweglichkeit

Empfindliche Reaktion auf Hitze, Kälte, Süßes oder beim Kauen

Schmerzhaft freiliegende Zahnhäse

Abnutzung der Zahnschicht durch Zähneknirschen

Verformung/Verfärbung von Füllungen und Kronen

Leiden Sie unter Kieferschmerzen/-knacken, Gesichts-, Kopf-oder Schulterschmerzen?

Nein

Ja. Wo?

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne oder des Kiefers gemacht?

Nein

Ja. Von wem?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

Empfehlung eines Bekannten, wenn ja, welcher? _____

Strassenschild

Empfehlung eines Arztes, wenn ja, welcher? _____

Ein besonderer kostenloser Service unserer Praxis

Möchten Sie durch uns regelmäßig an Ihre Vorsorgeuntersuchung (Bonusheft) oder an die gesetzlich empfohlene Kinderprophylaxe erinnert werden? Ja

Wichtige Mitteilung

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir für Ihre notwendige Behandlung speziell für sie Behandlungszeit reservieren. Umgekehrt bitten wir Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, unbedingt **spätestens 48 Stunden vorher abzusagen**, da Ihnen sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (§§304,615 BGB).

Vielen Dank für Ihre Mithilfe zu einem reibungslosen Praxisablauf. Ihr Praxisteam

Datum/Unterschrift Patient/in: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art.6 Abs. 1 Buchst. a), Art. 7 DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner, personenbezogenen Daten zum Zweck sämtlicher zahnärztlicher Behandlungen und Verwaltung 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 man 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).

Datum/Unterschrift Patient/in: _____