

Sehr geehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir Ihre Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht (* = freiwillige Angabe).

Patient
Herr / Frau

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
------	---------	--------------	------------

Mitglied / Versicherter

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift

Straße, Nr.	PLZ	Ort
-------------	-----	-----

Telefon(*)	Mobil(*)	E-Mail(*)
------------	----------	-----------

Arbeitgeber

Krankenkasse

Beihilfeberechtigt: ja / nein Zusätzlich versichert: ja / nein Freiwillig versichert: ja / nein

Falls Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir um unverzügliche Mitteilung.

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

Allgemeine Situation:

	JA	NEIN
Allergien Welche Allergien (Penicillin?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen z. B. verlängerte Blutung bei Schnittwunden oder nach OP's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen: Hepatitis - TBC - Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen (z. B. Grauer Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? ja - nein- ungewiss Wochen. Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Zahn-Mund-Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

	JA	NEIN
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche im Kiefergelenk (z. B. beim Gähnen, Kauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen am Kopf / Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne, Farbe, Form zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam grundsätzlich ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einer Versorgung gegen Karies oder Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?	_____	

Welche Mundpflegemittel verwenden Sie außer der Zahnbürste? _____

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? vor _____ Monaten
bei Zahnarzt _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Ich willige ein, dass Frau Dr. Hellwig meine Daten und Röntgenbilder an weiterführende Ärzte ohne erneute Einwilligung weitergeben darf.

Datum **Unterschrift Patient / oder gesetzlicher Vertreter**

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (*)

- Von Bekannten empfohlen
- Über die Krankenkasse
- Telefon- oder Branchenbuch
- Zeitung
- Überwiesen worden durch: _____
- Internet, über die Seite: _____
- Sonstiges: _____

Meine besonderen Wünsche bei der Zahnärztin: _____

Einwilligungserklärung:

JA

NEIN

Möchten Sie unseren regelmäßigen Newsletter per E-Mail erhalten

Möchten Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden

Ich möchte den „Recall-Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und / oder zur Behandlung.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich beim Praxisinhaber mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.

Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Mein Ansprechpartner ist dabei der Praxisinhaber.

Ich habe das Recht, mich bei meiner zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Datum **Unterschrift Patient / oder gesetzlicher Vertreter**