

PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) sehr ernst. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen Ihnen gerne.

Freiwillige Angaben sind mit * gekennzeichnet

Patienten-Name _____ PATIENT
Geburtsdatum _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon Privat* _____
Telefon Mobil* _____
Telefon Arbeit* _____
E-Mail* _____
Beruf* _____
Hausarzt _____

Versicherter _____
Geburtsdatum _____ VERSICHERTER
Straße _____ VERSICHERTER
PLZ/Ort _____ VERSICHERTER
Krankenversicherung gesetzlich
 privat Basistarif
Name der Versicherung _____
beihilfeberechtigt ja nein
Pflegestufe ja nein
Zahnezusatzversicherung vorhanden ja nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? ja nein

1 Blutgerinnungsstörungen ja nein

2 Infektionskrankheiten ja nein

2.1 HIV-Infektion ja nein

2.2 TBC / Tuberkulose ja nein

2.3 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) Wann? ja nein

3 Allergien (Wenn ja, welche?) ja nein

3.1 Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

4 Osteoporose ja nein

4.1 Nehmen / nahmen Sie Bisphosphonate? ja nein

5 Haben Sie ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk? ja nein

Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen ja nein

6 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen? ja nein

Herzklappenfehler Herzklappenersatz

Endokarditis Herzschrittmacher

Herzinfarkt

7 Wie ist Ihr Blutdruck? ja nein

niedrig normal hoch

8 Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

(Wenn ja, welcher Typ?) _____

9 Schlaganfall ja nein

10 Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

11 Rheuma ja nein

12 Schilddrüsenerkrankung ja nein

13 Asthma ja nein

14 Lebererkrankung ja nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
15 Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Nierenerkrankungen oder -anomalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 Sind Sie mit einer eventuellen Fotodokumentation einverstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Andere Erkrankungen (Welche?) _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? <input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung von _____ <input type="checkbox"/> Homepage <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Jameda <input type="checkbox"/> Telefonbuch / Das Örtliche <input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
19 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Marcumar / Plavix / ASS / Blutverdünner <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29 Möchten Sie an unserem Vorsorgeprogramm gegen Zahn- und Zahnfleischerkrankungen (Professionelle Zahnreinigung) teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> unsicher _____ (Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 Möchten Sie an Ihren nächsten Prophylaxetermin erinnert werden? <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> SMS Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Rauchen Sie? (Wenn ja, wieviel?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
22 Trinken Sie häufig Alkohol? 22.1 Konsumieren Sie andere Rauschmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
23 Leiden Sie häufig unter Schmerzen oder Verspannungen im Kopf-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
24 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Anästhesie-Aufklärung

Bei einer örtlichen Betäubung (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie) können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden (auch dauerhaft), Zahnfleischschädigung. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Einwilligungen

- Ich bin mit einer eventuellen Fotodokumentation einverstanden.
- Ich stimme bei Bedarf der Weitergabe meiner Daten an Vor-, Mit- und Nachbehandler (z.B. Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Hausärzte, Physiotherapeuten, usw.) ausdrücklich zu. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und gebe mein Einverständnis zur Speicherung meiner Daten.

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Zahnarztpraxis meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Datum, Unterschrift