

Patientenauskunft zum aktuellen Gesundheitszustand

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie heute zum ersten Mal zu uns in die Praxis kommen, geben Sie uns bitte die im Folgenden gewünschten Auskünfte, damit wir uns einen Überblick über Ihren aktuellen Gesundheitszustand verschaffen können. So wissen wir gleich, worauf wir bei Ihrer individuellen zahnmedizinischen Behandlung achten sollten. Bitte geben Sie auch Ihre persönlichen (Kontakt-)Daten an.

Sind Sie hingegen schon als Patient bei uns in Behandlung, bitten wir Sie heute erneut um die untenstehenden Auskünfte, um Sie auch weiterhin medizinisch individuell betreuen zu können. Bitte geben Sie Ihre persönlichen (Kontakt-)Daten auch an, wenn sich daran nichts geändert hat.

Patient: Name Vorname Geburtsdatum/-ort

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):

Name Vorname Geburtsdatum/-ort

Straße Tel. mobil

PLZ Ort E-Mail

gesetzlich versichert privat versichert Zusatzversicherungen Beihilfe

Diesen Kasten bitte nur ausfüllen, wenn Sie schon vor dem heutigen Termin in unserer Praxis in Behandlung waren:

- Es hat sich an meinem Gesundheitszustand nichts geändert.
 Folgendes hat sich an meinem Gesundheitszustand in letzter Zeit geändert:

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|
| Meine Ernährung ist | <input type="checkbox"/> „normal“ | <input type="checkbox"/> gesund und ausgewogen | <input type="checkbox"/> unausgewogen |
| <input type="checkbox"/> Nichtraucher | <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> pro Tag 1–10 Zigaretten | <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten |
| Alkohol trinke ich | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme keine Medikamente | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente/Präparate ein (bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel sowie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z. B. Osteoporose, sog. Bisphosphonate, an): | | | |

Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z. B. Antibiotika)? ja nein Wenn ja, welche?

Ich bin zurzeit in ärztlicher Behandlung wegen:

- Ich leide an folgenden Krankheiten:**
- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien gegen: | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Gemütsleiden, Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (z. B. „grüner Star“) | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (z. B. Krampfanfälle) | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems | | |
| <input type="checkbox"/> Kreislauf- und Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen (ggf. Herzschrittmacher) | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis B/C, HIV, Tbc, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit) | | |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | Welche: | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | |

Existieren Zahn-/Kiefer-Röntgenbilder jüngerer Datums? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein weiß nicht

Ich bin mit meinen Zähnen sehr zufrieden zufrieden unzufrieden völlig unzufrieden

Ich habe Zahnfleischbluten ja nein manchmal

Ich leide unter Mundgeruch ja nein manchmal

Ich beobachte Zahnlockerungen ja nein manchmal

Ich knirsche mit den Zähnen ja nein manchmal

! Patienteneinwilligung zum Datenschutz, siehe Rückseite

Datum Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter

Lieber Patient, unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies erspart Ihnen unnötige lange Wartezeiten. Sollten Sie Termine nicht einhalten können, sagen Sie diese bitte 24 Stunden vorher ab. Zusätzlich haben wir in unserer Praxis ein Erinnerungssystem für Ihre Kontrolltermine eingerichtet. Deshalb kreuzen Sie bitte an, ob Sie es in Anspruch nehmen und von uns regelmäßig an Ihre Kontrolltermine erinnert werden möchten:

ja nein Wenn ja, wie? telefonisch per Post SMS Mail
 an folgende Adresse:

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Erlaubnis, Sie an Termine zu erinnern.

Datum Unterschrift

Mehr Sicherheit durch regelmäßige Anamnese!

Bisherige Anamnesen erbracht in (wird vom Praxisteam eingetragen):

20 20 20 20 20 20

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Rontgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung fur die Zukunft widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter