



Name, Vorname	Patient / in
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon Privat*	
Telefon Mobil*	
E-Mail*	
Beruf*	
Hausarzt /-ärztin	
Anschrift Hausarzt	

Name, Vorname	Versicherte / r
Geburtsdatum	Versicherte / r
Straße	Versicherte / r
PLZ / Ort	Versicherte / r
Krankenversicherung	☐ gesetzlich ☐ privat
Name der Versicherung	
Zahnzusatzversicherung vorhanden	☐ ja ☐ nein
Beihilfeberechtigt	☐ ja ☐ nein

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sehr ernst. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis.

HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?	ja nein	ja nein
1 Blutgerinnungsstörungen	☐ ja ☐ nein	
2 Infektionskrankheiten	☐ ja ☐ nein	
☐ HIV-Infektion ☐ TBC / Tuberkulose ☐ Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) ☐ andere _____		
3 Allergien / Unverträglichkeiten	☐ ja ☐ nein	
Wenn ja, welche? _____		
4 Osteoporose	☐ ja ☐ nein	
5 Leiden Sie an einer Herz-Kreislauf-erkrankung?	☐ ja ☐ nein	
☐ Herzklappenfehler ☐ Herzklappenersatz ☐ Endokarditis ☐ Stent / Bypass ☐ Herzinfarkt ☐ Herzschrittmacher / Defibrillator		
6 Benötigen Sie vor der Behandlung eine Endokarditisprophylaxe (Antibiotikum)?	☐ ja ☐ nein	
7 Wie ist Ihr Blutdruck?		
☐ niedrig ☐ normal ☐ hoch		
8 Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐ ja ☐ nein	
Wenn ja, wie hoch ist der HbA1c Wert? _____		
9 Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ ja ☐ nein	
10 Atemwegs-/Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)	☐ ja ☐ nein	
11 Erkrankungen des Immunsystems (z.B. Rheuma)	☐ ja ☐ nein	
12 Lebererkrankungen (z.B. Leberzirrhose)	☐ ja ☐ nein	
13 Erkrankungen des Nervensystems	☐ ja ☐ nein	
14 Nierenerkrankungen	☐ ja ☐ nein	
15 Glaukom (grüner Star)	☐ ja ☐ nein	
16 Künstliche Gelenke oder Implantate	☐ ja ☐ nein	
Wenn ja, seit wann? _____		
17 Tumore / Krebserkrankungen	☐ ja ☐ nein	
☐ Chemotherapie ☐ Strahlentherapie ☐ Bisphosphonate		
18 Andere Erkrankungen	☐ ja ☐ nein	
Wenn ja, welche? _____		
19 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	☐ ja ☐ nein	
(z.B. Blutverdünner, Bisphosphonate)		
Wenn ja, welche? _____		



WEITERE FRAGEN

ja | nein

- 20** Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein
☐ unsicher Wenn ja, welche SSW? _____
- 21** Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wie viel? _____
- 22** Trinken Sie Alkohol? ☐ ja ☐ nein
☐ täglich ☐ gelegentlich
- 23** Konsumieren Sie andere Rauschmittel? ☐ ja ☐ nein
- 24** Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ☐ ja ☐ nein
- 25** Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer örtlichen Betäubung? ☐ ja ☐ nein
- 26** Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, tragen Sie eine Schiene? ☐ ja ☐ nein
- 27** Sind Sie an Prophylaxe in Form einer Professionellen Zahnreinigung (PZR) interessiert?* ☐ ja ☐ nein
- 28** Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?* ☐ ja ☐ nein
- 29** Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?* ☐ ja ☐ nein
- 30** Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Gesichtsbereich? _____
- 31** Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*
☐ persönliche Empfehlung
☐ Internet / Homepage
☐ Sonstiges: _____

* freiwillige Angaben

EINWILLIGUNGEN UND HINWEISE

Falls vorhanden: Medikamentenplan, Allergiepass oder Herzpass bitte bei uns abgeben.

- ☐ Ich möchte an den jährlichen Vorsorge-/ Kontrolltermin erinnert werden.
☐ telefonisch ☐ per E-Mail ☐ schriftlich
- ☐ 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 alle Fragen gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichtete mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner Daten umgehend mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

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.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und werden streng vertraulich behandelt. Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach. Detaillierte Datenschutzhinweise finden Sie als Aushang in der Praxis.

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.

AUSFALLHONORAR

Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens einen Arbeitstag vor der Behandlung abgesagt werden. Bei unvorhersagbaren Erkrankungen und Unfällen nur insoweit es dem/der Patient/in zeitnah möglich ist.

Ohne vorherige Absage berechnen wir pauschal 50 Euro Ausfallhonorar pro 30 Minuten Behandlungstermin. Die Beweislast eines verminderten Schadens bleibt der Patientin bzw. dem Patient vorbehalten.

Datum, Unterschrift Patient / in,
Erziehungsberechtigter oder gesetzlicher Vertreter

