



Herzlich Willkommen bei der
**PRAXIS FÜR
ZAHNGESUNDHEIT
HEMAU**

Wir bitten Sie, nachfolgende
Fragen sorgfältig zu lesen und
zu beantworten bzw. zusätzliche
Angaben handschriftlich einzutragen.

| | |
|----------------|-------|
| Patient | |
| Name | Titel |
| Vorname | geb. |

| | |
|-----------------------------|---------|
| Kontaktdaten Patient | |
| Str. Nr. | |
| PLZ | Ort |
| Tel. | Mobil |
| E-Mail | Beruf * |

| | |
|-----------------|-----|
| Hausarzt | |
| Name | |
| Str. Nr. | |
| PLZ | Ort |
| Tel. | Fax |

| | |
|---|-------------------------------------|
| Versicherung | |
| <input type="checkbox"/> privat, Name der Versicherung: | |
| | <input type="checkbox"/> Basistarif |
| <input type="checkbox"/> gesetzlich, Name der Versicherung: | |

| | |
|---|--|
| Bei gesetzlicher Versicherung: besteht eine Zusatzversicherung? Wenn ja, welche? | |
| Name der Gesellschaft | |

| | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? * | | |
| Empfehlung von: | | |
| Überweisung von: | | |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Telefonbuch | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund, diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Wichtiger Hinweis: Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

| | |
|--|--------------|
| Erziehungsberechtigter/Rechnungsempfänger | |
| Name | |
| Anschrift (falls abweichend) | |
| Str. Nr. | |
| PLZ | Ort |
| Datum | Unterschrift |

* freiwillige Angaben

| Spezielle Fragen zur Zahngesundheit | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie Beschwerden beim Kauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist irgendein Zahn besonders empfindlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welcher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welcher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pressen oder knirschen Sie (unbewusst) auf Ihren Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, auf welcher Seite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen im Kopf-, Nacken- oder Halsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? | Datum | |
| Was wurde gemacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

| Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall o. Gerinnungsstörung) |
|--|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? |

| Erkrankungen der Leber |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? |

| Erkrankungen der Niere |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? |

| Erkrankungen der Atemwege |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? |

| Erkrankungen von Magen/Darm |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? |

| Erkrankungen des Nervensystems |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? |

| Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus Typ I oder Typ II) |
|--|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? |

| Infektionskrankheiten | ja | nein |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| HIV-positiv/ AIDS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A ••B ••C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Sonstige Erkrankungen | ja | nein |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |

| Schwangerschaft | ja | nein |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaftswoche | | |

| Allergien | ja | nein |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |

| Lokalanästhesie | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Sind im Vorfeld Probleme bei der Lokalanästhesie (Spritze) aufgetreten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |

| Nikotin | ja | nein |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie viel pro Tag? | | |

| Medikamente | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |

Datenschutzrechtliche Einwilligung:
 Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ferner bin ich damit einverstanden an fällige Vorsorge- und Behandlungstermine (via Post oder E-Mail) erinnert zu werden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Datum

Unterschrift

Wie lange werden Ihre Daten bei uns gespeichert? Die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen schreiben vor, dass die Daten solange gespeichert werden wie es die Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten erforderlich macht, (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV); ggf. ist eine längere Verwahrung Ihrer Daten notwendig, wenn es um medizinische oder rechtliche Belange wie den Erhalt von Beweismitteln bei rechtlichen Auseinandersetzungen, Verteidigung, Geltendmachung oder Ausübung von Rechtsansprüchen geht. Hier gelten die gesetzlichen jährlichen Verjährungsfristen.