



Patienten-Fragebogen
(bitte vollständig ausfüllen)

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Scheiber

Bevor wir uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir für eine adäquate und risikofreie Behandlung auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

M W D

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum Geschlecht

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat/mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail-Adresse Beruf

Krankenkasse Zusatzversicherung

Hausarzt / Überweisender Arzt – Name, Adresse, Telefon

Hausarzt / Überweisender Arzt – Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Versicherter nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Nutzen Sie den Basistarif bei der privaten Krankenkasse? (nur für Privatversicherte) Ja Nein

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig:

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich und kreuzen Sie Zutreffendes bitte an:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck Ja Nein
- Niedriger Blutdruck Ja Nein
- Herzerkrankung Ja Nein
- Herzpass Ja Nein
- Herzschrittmacher Ja Nein
- Drogen-/Alkoholabusus Ja Nein
-

- HIV Ja Nein
- Hepatitis Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein
- andere:
-

Allergien/Unverträglichkeiten: Ja Nein

Wenn ja, welche?

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
- Asthma Ja Nein
- Nervenerkrankung Ja Nein
- Lungenerkrankung Ja Nein
- Schilddrüsenüberfunktion Ja Nein
- Schilddrüsenunterfunktion Ja Nein
- Osteoporose Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Nierenerkrankung Ja Nein
- Lebererkrankung Ja Nein
- Ohnmachtsneigung Ja Nein
- Glaukom (Grüner Star) Ja Nein
- MRSA Ja Nein

(Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus → bekannt als der Krankenhauserreger)

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Krankenhausaufenthalt? Ja Nein

Besteht in Ihrer Familie die Creutzfeldt-Jakob Krankheit? Ja Nein

Besteht in Ihrer Familie Demenz? Ja Nein

Allgemeine Angaben:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, seit wann & welche?

Besteht aktuell eine Schwangerschaft? Ja Nein

Stillen Sie noch? Ja Nein

Voraussichtlicher Entbindungstermin: Ja Nein

Bestehen andere Erkrankungen?
Wenn ja, welche? (z.B. künstliche Gelenke) Ja Nein

Besitzen Sie eine Pflegestufe, wenn ja welche? Bitte kreisen Sie ein 1 2 3 4 5

Leiden Sie an chronischen Schmerzen bzw. immer wiederkehrenden Schmerzen? Ja Nein
Wenn ja, um welche Schmerzen handelt es sich?

Sonstige Fragen:

Sind Sie mit Ihrem Lächeln – also mit Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Bitte kreuzen Sie die Themen an, zu denen Sie eine Beratung wünschen:

- Parodontal/Zahnfleischerkrankungen
- Amalgamentfernung/Alternativen
- Zahnfarbene
- Inlays
- Ästhetische Zahnheilkunde
- Implantate (künstliche Zahnwurzeln)
- Aufhellen von Zähnen
- Zahnbegradigungen (Invisalign)
- ICON Behandlung (ist die Behandlung von Weißen Flecken auf den Zähnen)

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Dürfen wir Sie an Ihre zukünftigen Termine erinnern? Ja Nein

Wenn ja, wie? SMS E-Mail

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Suchmaschine (Google, Bing, Yahoo, usw.)

Soziale Medien (Facebook, Instagram usw.)

Familie/Freunde | Ja, durch _____

Lokale Werbung (Straßenbahn, Plakate, Zeitung usw.)

goDentis

Wichtige Informationen (bitte durchlesen):

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Im Fall des Verschweigens von Erkrankungen wie Hepatitis und HIV kann der Patient für gesundheitliche Schäden des Personals haftbar gemacht werden.
- Wir sind eine Bestellpraxis. Ihr behandelnder Zahnarzt reserviert für Sie eine Zeit und stellt sich auf Ihren Besuch ein. Sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, möchten wir Sie daher bitten, diesen rechtzeitig abzusagen (möglichst 48h im Voraus). Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können zusätzlich nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen werden und wir stehen Ihnen natürlich bei allen Fragen gerne zur Verfügung.

Ihre Zahnarztpraxis Dr. Scheiber

Datum

Unterschrift Patient/Versicherter



Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung von personenbezogenen Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Name, Vorname, Geburtsdatum

Hiermit stimme ich der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Sachsen oder externer Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Labor etc.) Durch die oben genannte Praxis zu. Ich bin außerdem damit einverstanden, dass das Praxispersonal von der Schweigepflicht entbunden wird, um Auskünfte oder Berichte über mich an mitbehandelnde Fachärzte, zahntechnische Labore, Krankenkassen, Gesundheitsämter sowie an folgende Personen

(Vorname, Nachname)

weitergeben zu können.

Dokumente, welche mich betreffen und im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung ausgestellt wurden (z. B. Rezepte, Heil- und Hilfsmittelverordnungen), dürfen.

Ich bin außerdem einverstanden, dass ich namentlich aus dem Wartebereich aufgerufen werde. Meine patientenbezogenen Daten verbleiben in meiner Patientenakte und werden mindestens 10 Jahre gespeichert. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist auch bekannt, dass ein Widerruf meiner Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum,

Unterschrift Patient/in

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unmittelbar vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom: Durch die Verletzung kleiner Blutgefäße kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung, Schmerzen und in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen.

Nervenschädigungen: Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten, welche eine Gefühlsstörung zur Folge haben kann.

Verkehrstüchtigkeit: Es kann zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher nach der Behandlung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung: Nehmen Sie erst wieder Nahrung zu sich, wenn die Betäubung komplett abgeklungen ist.

Einverständniserklärung zur Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
Diese Aufklärung ist gültig für alle weiteren Behandlungen.

Datum,

Unterschrift Patient/in