



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Das Ausfüllen ist freiwillig, aber je mehr wir über Sie erfahren, desto besser können wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patientin/Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße+Nr. _____ Postleitzahl+Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____
Handynummer _____ E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße+Nr. _____ Postleitzahl+Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____
Handynummer _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse zusatzversichert
 Standardtarif (1,7 fach) Anspruch auf Beihilfe

Schön, dass Sie bei uns sind ...

- Kennen Sie unsere Praxis-Website unter **zahnarzt-oyten.de**? ja nein
Haben Sie uns in einem Bewertungsportal gefunden? ja nein
Sind wir Ihnen empfohlen worden? ja nein

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Grund Ihres Besuches? _____
Worauf legen Sie besonderen Wert? _____
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____
Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ja nein

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin (Recall-System) erinnert werden? ja nein

Wenn ja, dann ... per E-Mail per SMS
Dürfen wir Sie vor langen Terminen telefonisch oder per SMS kontaktieren: ja nein

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- Zähneknirschen Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken Zahnverfärbungen Mundgeruch Zahnlockerungen
 Sonstiges _____

Welche Medikamnete nehmen Sie zurzeit ein? (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner)

Allergien

Leiden Sie an einer Allergie und/oder Medikamentenunverträglichkeit? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein Haben Sie Asthma? ja nein

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein
Herzasthma, Angina Pectoris ja nein
Herzschríttmacher/Stent ja nein
Herzinfarkt ja nein

Herzpass ja nein
Herzklappenersatz/Herzfehler ja nein
hoher Blutdruck ja nein
niedriger Blutdruck ja nein

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

HbA1c-Wert _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/C/D/E)
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?
HIV/AIDS?
Creutzfeldt-Jakob

ja nein Tuberkulose ja nein
 ja nein
 ja nein
 ja nein

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie)

ja nein Blutarmut (Anämie) ja nein

Erkrankung des Nervensystems

Psychosomatische Erkrankungen
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?
Sonstiges? _____

ja nein Epileptische Anfälle ja nein
 ja nein Ohnmachtsanfälle ja nein

Magen-/ Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt ja nein

Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere ja nein

Osteoporose

ja nein

Rheuma

ja nein

Tumorerkrankungen

z. B. Bisphosphonat-Therapie? ja nein

Schwangerschaft

Wenn ja, in welcher SSW? _____

Stillen Sie? ja nein

Drogen

Drogenabhängigkeit ja nein
Rauchen Sie? ja nein

Alkoholabhängigkeit ja nein

Bulimie

ja nein

Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom/Grüner Star? ja nein

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Hausarzt _____ Telefon _____

Ihre personenbezogenen Daten können auch zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Artikel 13 EU-DSGVO halten wir zur Einsicht in unserer Praxis bereit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Bitte beachten Sie: Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Wartezeiten lassen sich trotz guter Organisation und Planung jedoch nicht immer völlig umgehen. Wir sind bemüht, Ihnen in jedem Fall unnötige Wartezeit zu ersparen. Sollten Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte spätestens 24 Stunden vorher ab, so dass wir noch die Möglichkeit haben, diesen Termin anderen Patienten anzubieten. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitiger vertraglicher Pflichten. Sollten Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, wird Ihnen die ungenutzte Zeit laut §615 BGB privat in Rechnung gestellt.

Sollten Sie jedoch Ihre Termine bei uns ohne Absage versäumen, beenden wir nach dem dritten versäumten Termin das Arzt- / Patientenverhältnis.

Datum _____ Unterschrift _____

Gangolf Gering

Zahnmedizin & Prophylaxe