



Herzlich Willkommen in unserer Praxis,

Seite 1/5

Bitte füllen Sie nachfolgenden Patientenbogen in Ruhe aus und bringen ihn mit anderen gesundheitsrelevanten Unterlagen zu Ihrem ersten Termin mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Tel. mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf _____

Krankenversicherung: _____

Sind Sie gesetzlich versichert? ja [] nein [] pflichtversichert [] freiwillig versichert []

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja [] nein []

Sind Sie privat versichert? ja [] nein []

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentl. Dienstes? ja [] nein []

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt (Name, Ort)? _____

Wann fand die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung statt (für Neupatienten)? _____

Weitere behandelnde Fachärzte (Name, Ort): _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

An wen soll die Rechnung geschickt werden? an den Patienten [] Versicherten [] Sonstige []

Was ist der Grund Ihres Besuchs? _____

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Herzerkrankung	ja []	nein []	_____
Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappe	ja []	nein []	_____
Hoher Blutdruck	ja []	nein []	_____
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []	_____
Ohnmachtsneigung	ja []	nein []	_____
Gerinnungshemmer (z.B. ASS, Marcumar, Clopidogrel, Rivaroxaban)	ja []	nein []	_____
Blutungsneigung/ Bluterkrankung	ja []	nein []	_____
Rheuma	ja []	nein []	_____
Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja []	nein []	_____
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []	_____
Lebererkrankung (z. B. Hepatitis)	ja []	nein []	_____
HIV-Infektion	ja []	nein []	_____
Magen-/ Darmerkrankung	ja []	nein []	_____
Nierenerkrankung	ja []	nein []	_____
Lungenerkrankung (z. B. Asthma)	ja []	nein []	_____
Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankung	ja []	nein []	_____
Epilepsie (Krampfleiden)	ja []	nein []	_____
Augenerkrankungen (z. B. Grüner Star/ Glaukom)	ja []	nein []	_____
Muskelerkrankung oder –schwäche	ja []	nein []	_____
Gemütsleiden (z. B. Depression)	ja []	nein []	_____
Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose, Knochenmetastasen)	ja []	nein []	_____
Bisphosphonat-Medikation (z.B. Bonviva, Fosamax)	ja []	nein []	_____
Haben Sie eine Allergie/ Überempfindlichkeit?	ja []	nein []	_____
Haben Sie eine sonstige (schwere) Erkrankung? (z.B. Krebs)	ja []	nein []	_____
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	_____		
<hr/>			
Rauchen Sie?	ja []	nein []	_____
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	ja []	nein []	_____
Konsumieren Sie andere Drogen?	ja []	nein []	_____
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja []	nein []	_____
Besteht eine Zahnbehandlungsangst?	ja []	nein []	_____

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben zu Versicherungsstatus und Gesundheitszustand und werde Änderungen umgehend mitteilen.

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in die Pflicht habe einen gültigen Krankenversicherungsnachweis (i.d.R. Krankenversichertenkarte) bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorzulegen, da mir ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Betreuers/
Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Zahnarztes

Recallsystem

Vorsorge ist besser als Nachsorge. Nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir Ihnen einen speziellen Service zur Nachsorge an. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recallterminen persönlich mit Ihnen vereinbart werden. Wir erinnern Sie gerne auf Wunsch rechtzeitig an Ihren nächsten Vorsorgetermin im Rahmen unseres Recall-Services.

Möchten Sie in unsere Erinnerungskartei aufgenommen werden? ja [] nein []

Wie möchten Sie erinnert werden? per E-Mail [] schriftlich [] Recallintervall: _____

Ich stimme zur Aufnahme in das Recallsystem hiermit gesondert der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Betreuers/
Erziehungsberechtigten

Um die Behandlung für Sie so schmerzfrei wie möglich zu gestalten, kann es je nach Behandlungssituation individuell nötig sein, eine örtliche Betäubung zur lokalen Schmerzausschaltung vorzunehmen. Die sog. Lokalanästhesie ist ein sicheres und erprobtes Verfahren und in der zahnärztlichen Behandlung ein routinemäßiger Vorgang; dennoch kann es zu Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten und Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss):

Durch Verwendung der Spritze im Injektionsgebiet können Blutungen und Hämatome (blaue Flecken) durch Gefäßverletzungen auftreten. Dies kann zu Schmerzen, bei Injektionen im Unterkiefer zur Einschränkung der Mundöffnung oder in seltenen Fällen zu einer Infektion führen.

Herz-/Kreislaufreaktionen:

Das den Lokalanästhetika zugesetzte Adrenalin kann zu Steigerungen des Blutdrucks und der Herzfrequenz führen. Folgen können allgemeines Unwohlsein, Schwindelzustände, Kaltschweißigkeit und Zittern sein. In der Regel stabilisiert sich der Kreislauf jedoch innerhalb weniger Minuten wieder.

Nervschädigung:

In sehr seltenen Fällen kann es bei der Anästhesie, vor allem in Unterkiefer, zur Irritation von Nervenfasern kommen. Hierdurch sind Gefühlsstörungen an der Zunge und Unterlippe möglich. Diese bilden sich in der Regel nach wenigen Wochen wieder zurück. Nur in sehr seltenen Fällen können permanente Sensibilitätsstörungen auftreten. Auch der temporäre, aber völlig reversible Ausfall der Gesichtsmotorik ist in äußerst seltenen Fällen möglich.

Allergische Reaktionen:

Das Anästhetikum oder enthaltene Hilfsstoffe können allergische Reaktionen, im äußersten Fall sogar einen anaphylaktischen Schock, hervorrufen. Dies ist jedoch selten. Allergien sind meist bekannt, so dass das Allergen vermieden werden kann.

Selbstverletzung:

Durch Gefühlslosigkeit des Weichgewebes (Zunge, Wange, Lippen) kann es bei verfrühter Nahrungsaufnahme zu Verletzungen kommen. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich. Mit dem Kauen von Speisen und dem Verzehr von heißen Getränken muss daher abgewartet werden, bis das Gefühl wieder vollständig zurückgekehrt ist.

Verkehrstüchtigkeit:

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Möchten Sie, wenn erforderlich, in örtlicher Betäubung behandelt werden? ja [] nein []

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Informationen und Einwilligung zur örtlichen Betäubung gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Betreuers/
Erziehungsberechtigten

Am 25. Mai 2018 sind die Europäische Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und das neue Bundesdatenschutzgesetz in Kraft getreten. Der Schutz der persönlichen Daten von EU-Bürgern wird dadurch gestärkt.

Als Ihre Zahnarztpraxis legen wir seit jeher besonderen Wert auf die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten, die wir im Rahmen Ihrer Behandlung erheben. Alle Ihre Daten und Unterlagen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden entsprechend den aktuellen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen erhoben, gespeichert, genutzt, übermittelt und gelöscht.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den diesem Patientenbogen beigefügten "Informationen zum Datenschutz und zur Datensicherheit in unserer Praxis", die zusätzlich in Form einer Mappe zur Einsicht im Wartebereich ausliegen. Diese Informationen stellen wir Ihnen gerne auch in gedruckter Form zur Mitnahme zur Verfügung. Auf unserer Internetseite www.salzgasse1.de finden Sie zusätzlich eine auf diesen Bereich abgestimmte Datenschutzerklärung im Footer.

Ich habe die beigefügten und im Wartebereich ausliegenden "Informationen zum Datenschutz und zur Datensicherheit" gelesen und mir ist bekannt, dass ich diese jederzeit in gedruckter Form auf Wunsch ausgehändigt bekomme.

ja [] nein []

Um Ihre optimale zahnärztliche Versorgung sicherzustellen und auch in Bezug auf zu übermittelnde Röntgenbilder im Sinne des Strahlenschutzes nach RöV ist es unter Umständen erforderlich, für Ihre Behandlung erforderlichen Informationen bei Vor- und/oder Mitbehandlern (Zahnärzten, Haus-/Fachärzten, Physiotherapeuten etc.) anzufordern bzw. an diese zu übermitteln. Dies können z.B. Arztbriefe, Befundberichte, Diagnose- und Medikamentenpläne, Röntgenbilder sein.

Sind Sie damit einverstanden, dass die für Ihre Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Zahnärzten/Ärzten eingeholt und an diese übermittelt werden, und entbinden Sie die/den Übermittelnden zu diesem Zweck explizit von der Schweigepflicht?

ja [] nein []

In bestimmten Fällen ist eine Kontaktaufnahme (telefonisch, schriftlich, elektronisch) mit Ihnen persönlich erforderlich, z.B. zur Vereinbarung oder Verlegung eines Termins. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie kontaktieren?

ja [] nein []

Sind Sie damit einverstanden, dass Sie von Praxismitarbeitern/innen namentlich z. B. im Wartebereich aufgerufen werden?

ja [] nein []

Es kann erforderlich sein, dass personenbezogene Daten an im Folgenden aufgeführte Dritte übermittelt werden. Sind Sie damit einverstanden? (Kassenzahnärztliche Vereinigung des jeweils zuständigen Bundeslandes, Krankenversicherungen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Privatzahnärztliche Abrechnungsstellen, Landeszahnärztekammer und deren Prüfstellen des jeweils zuständigen Bundeslandes, Zahntechnische Labore)

ja [] nein []

Durch meine Unterschrift willige ich in die oben aufgeführten Maßnahmen im Rahmen der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten der Praxis ein.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist ebenso bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Betreuers/
Erziehungsberechtigten

Aktualisierung des Patientenbogens (Anamnesebogens inkl. Recall, Örtliche Betäubung, Datenschutz)

aktualisiert am: _____
Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Betreuers/
Erziehungsberechtigten

aktualisiert am: _____
Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Zahnarztes

Aktualisierung des Patientenbogens (Anamnesebogens inkl. Recall, Örtliche Betäubung, Datenschutz)

aktualisiert am: _____
Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Betreuers/
Erziehungsberechtigten

Aktualisiert am: _____
Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Zahnarztes

Aktualisierung des Patientenbogens (Anamnesebogens inkl. Recall, Örtliche Betäubung, Datenschutz)

aktualisiert am: _____
Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Betreuers/
Erziehungsberechtigten

Aktualisiert am: _____
Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Zahnarztes