

HERZLICH WILLKOMMEN!

Liebe Patientin, lieber Patient,

um uns optimal auf Ihre Behandlung vorbereiten zu können, benötigen wir vor Behandlungsbeginn einige Angaben von Ihnen. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Er ist im Interesse einer komplikationslosen Behandlung vollständig auszufüllen.

Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte in einem persönlichen Gespräch mit dem Zahnarzt vor der Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Ihre Praxisteam Thoman Behrens



IHR Z^WHNARZT
THOMAS BEHRENS

Falls Sie einen Medikamentenplan, Allergiepass, Marcumarausweis, Herzpass oder Ähnliches besitzen zeigen Sie dies bitte der Kollegin an der Anmeldung vor!

Persönliche Daten

<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße			Hausnr.	PLZ	Ort
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon			Mobil	E-Mail	Beruf
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hausarzt

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausarzt	Name	Ort

Krankenversicherung

<input type="text"/>					
Krankenkasse / Private Krankenversicherung					
Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Basistarif	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
				Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Änderungen des Versicherungsverhältnisse sind uns bitte umgehend mitzuteilen.

Gesundheitsfragen

für Frauen

Nehmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Könnten Sie schwanger sein?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein	Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
				Ja, im Monat...				

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden...

Herz- / Kreislauferkrankungen?

Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Thrombose / Embolie (z.B. Schlaganfall)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzfehler / Herzklappenerkrankung / Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Andere:	<input type="text"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Nieren- und Harnwegserkrankungen?

Eingeschränkte Nierenfunktion	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nierentransplantation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Prostata	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------	-----------------------------	-------------------------------	----------	-----------------------------	-------------------------------

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden...

Blutgerinnungsstörungen?

Ja Nein

Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blutverdünnung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welches Medikament?
Angeborene Bluterkrankungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blaue Flecken / häufiges Nasenbluten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>

Lungen- und Atemwegserkrankungen?

Ja Nein

Atemnot beim Treppensteigen (COPD)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gestörte Atemreflexe / Schlafapnoe / Schnarchen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Chronische Sinusitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Infektionskrankheiten?

Ja Nein

Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK/vCJK)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen: <input type="text"/>
Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden...

Erkrankungen des Verdauungstraktes?

Ja Nein

Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-------------------	---	--	---

Stoffwechselerkrankungen / Autoimmunerkrankungen?

Ja Nein

Diabetes mellitus / Blutzucker	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rheuma / Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gicht / Porphyrie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Nervenleiden?

Ja Nein

Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Depression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Demenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Augenerkrankungen?

Ja Nein

Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	kürzliche Augenoperationen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-----------------------	---	------------------------	---	----------------------------	---

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden...

Allergien / Überempfindlichkeiten?

Ja Nein

Aromastoffe Ja Nein Schmerzmittel Ja Nein Jod Ja Nein
Lokalanästhesie / Ja Nein Antibiotika Ja Nein Laktose Ja Nein
Spritzen
Metalle / andere Ja Nein Latex Ja Nein Fluorid Ja Nein
Materialien

Andere:

sonstigen Erkrankungen?

Ja Nein

Tumorerkrankungen Ja Nein Krebs Ja Nein Erkrankungen des Immunsystems Ja Nein

Gibt es bei Ihnen weitere, für uns wichtige Besonderheiten?

Ja Nein

Unfälle Ja Nein Operationen Ja Nein Chemotherapie Ja Nein Strahlentherapie Ja Nein

Röntgen

Wurden in den letzten 2 Jahren zahnärztliche Röntgenaufnahmen von Ihnen angefertigt?

Ja Nein

Frühere Operationen/ Komplikationen

Kam es bei früheren Operationen / zahnärztlichen Behandlungen zu Komplikationen?

Ja Nein

Verstärkte Ja Nein Abszesse / Eiter- Ja Nein Verzögerte Ja Nein
Blutungen Ja Nein ungen / Fisteln Ja Nein Heilung Ja Nein
Verstärkte Ja Nein Thrombosen / Ja Nein
Narbenbildung Ja Nein Embolien Ja Nein

Sonstige Besonderheiten

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

Blutverdünner

Ja Nein

(z.B. Marcumar®, Plavix®, ASS®, Clopidocrel®, Pradaxa®, Wenn ja, welchen?
Xarelto®, Eliquis®, Aggrenox®, Efigent®, Brilique®, Godamed®,
Iscover®, Prasugrel®).

Medikamente für den Knochenstoffwechsel/ zur Härtung des Knochens

Ja Nein

(z.B. Zomenta®, Actonal®, Fosamax®, Denosumab®) Wenn ja, welches?

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ich interessiere mich für folgende Leistungen / Ich wünsche Beratung zu folgenden Themen:

 Vorsorge	 Prophylaxe	 Familie & Kinder	 Zahnerhaltung	 Wurzelbehandlung
 Zahnersatz	 Ästhetik	 Labor	 Implantologie	 Parodontologie
 Chirurgie	 Kieferorthopädie	 Angstpatienten	 Schienentherapie	

Service

Termin-Erinnerungs- und Recall-Service*

Dauerhaft gesunde Zähne und ein gesunder Zahnhalteapparat sind kein Zufall, sondern hängen entscheidend von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab.

Da wir der Meinung sind, dass Vorsorge besser ist als Probleme zu beheben bieten wir Ihnen einen Termin-Erinnerungs- und Recall Service.

Ja **Ich möchte den Recall Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.** Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und / oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Ich wünsche eine Kontaktaufnahme per:
 Brief E-Mail SMS

Ja **Ich möchte den Terminerinnerungs-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.** Bitte erinnern Sie mich 24 Stunden vor meinem Termin. Die Teilnahme an dem Termin-Erinnerungs-Service kann ich jederzeit widerrufen.

Ich wünsche eine Kontaktaufnahme per:
 E-Mail SMS Tel

*Patienteninformation zum Datenschutz: Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Empfänger Ihrer Daten: Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten verschlüsselt nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie hierfür Ihr Einverständnis. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Zahnärzte, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Zahnärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen und Dentallabore sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Allgemeine Information

Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem

Das bedeutet, dass für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und dass wir die für Sie reservierte Zeit vollauf für Sie zur Verfügung haben. Allerdings bedeutet es auch, dass wir Sie bitten müssen, uns spätestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können. Ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen.

Hiermit versichere ich, den Text gelesen und verstanden zu haben und alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gewissenhaft gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient