

Liebe Patientin, Lieber Patient,

um Sie auch weiterhin optimal behandeln zu können, sind wir verpflichtet den Gesundheitszustand unserer Patienten in gewissen Abständen zu aktualisieren. Wir bitten Sie daher sich kurz Zeit zu nehmen und nochmals die folgenden Fragen zu beantworten.

Persönliche Daten

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht	Beruf (Freiwillig)	
Straße und Nr.		PLZ	Ort
Tel.	Mob.	E-Mail	

Wenn Sie nicht versichert sind, wer ist der Versicherte ?

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht	Beruf (Freiwillig)	
Straße und Nr.		PLZ	Ort
Tel.	Mob.	E-Mail	

Aktueller Versicherungsstatus

Name der Krankenkasse			
<input type="radio"/> Gesetzliche Krankenkasse	<input type="radio"/> Private Zusatzversicherung		
<input type="radio"/> Private Krankenkasse	<input type="radio"/> Standardtarif (1,7 fach)	<input type="radio"/> Anspruch auf Beihilfe	<input type="radio"/> Basistarif

Zahnärztliche Angaben: Der Grund Ihres Besuches bei uns:

<input type="radio"/> Zahnschmerzen	<input type="radio"/> Zahnlockerung	<input type="radio"/> Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> Zähneknirschen
<input type="radio"/> Kiefergelenk-Beschwerden	<input type="radio"/> Prophylaxe	<input type="radio"/> Zahnimplantate	<input type="radio"/> Zahnersatz
<input type="radio"/> Ästhetik	<input type="radio"/> Sonstiges		

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin (Recall-System) erinnert werden? Email SMS Nein

Wurden Sie innerhalb der letzten 6 – 12 Monate im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? Ja Nein

Medizinische Angaben: Wir bitten Sie zu Ihrer Sicherheit **genaue Angaben** zu machen.

Sind bei Ihnen Allergien bekannt ? (z.B.: Latex, Nickel, Penicillin...)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?
Besitzen Sie einen Allergiepass ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Nehmen Sie Bisphosphonate oder Monoklonale Antikörper ? • bei Osteoporose z.B.: Alendronat (Fosamax), Risedronat (Actenol), Ibandronat (Bonviva), Zoledronat (Zometa) • bei Tumorerkrankungen z.B.: Prolia, VGeva	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche und seit wann?
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein ? (z.B.: Marcumar, Aspirin, ASS, Plavix, Clopidogrel, Xarelto...)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche? Aktueller INR-Wert?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?

Herz- und Bluterkrankungen: Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

Herzerkrankung (z.B.: Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Angina pectoris...)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?		
Blutungsneigung oder Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?		
Herzklappenfehler oder Herzklappenersatz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	zu hohen Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	zu niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Andere Herz- oder Bluterkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?		

Allgemeine Erkrankungen: Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

Infektionskrankheiten (z.B.: Hepatitis, HIV, AIDS, Tuberkulose, MRSA ...)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?		
Tumorerkrankung (Chemotherapie oder Bestrahlung)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?		
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Aktueller HbA1c-Wert?		
Augenerkrankung (z.B.: Glaukom, grüner Star...)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?		
Lungenerkrankung (z.B.: Asthma, COPD...)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?		
Osteoporose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rheumatismus oder rheumatisches Fieber	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Schildrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Neurologische oder Nervenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schlaganfall	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Ohnmachtenfälle	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Andere Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?		

Weitere Angaben

Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, Anzahl ca. pro Tag:	<input type="radio"/> 1 - 10	<input type="radio"/> 11 - 20	<input type="radio"/> > 20
Besteht bei Ihnen einer Schwangerschaft ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche Woche?			
Haben Sie einen Pflegegrad?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welchen?	<input type="radio"/> PG 1	<input type="radio"/> PG 2	<input type="radio"/> PG 3
Befinden Sie sich aktuelle in ärztlicher Behandlung ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Name des Arztes / der Ärztin			

Adresse

Telefon

An dieser Stelle möchten wir Sie auf folgendes hinweisen:

- Unsere Behandlungsphilosophie ist darauf ausgerichtet, Ihnen eine angenehme, entspannte und hochwertige Behandlung anzubieten. Dafür nehmen wir uns für Sie sehr viel Zeit. Das einzige, was Sie dafür tun müssen, ist, Ihre mit uns **vereinbarten Termine** einzuhalten.
- Sollten Sie Ihren Termin jedoch **nicht wahrnehmen können**, bitten wir Sie, diesen **spätestens 24 Stunden** vorher zu **verschieben oder abzusagen**.
- Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei **Nichterscheinen** eine **Ausfallgebühr** in Höhe von **200 Euro** pro **Behandlungsstunde** und in Höhe von **50 Euro** pro Stunde bei nicht eingehaltenen **Prophylaxe Termine** geltend machen müssen.

Erklärung des Patienten

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der gemachten persönlichen und medizinischen Angaben.
- Ich habe die Datenschutzerklärung (Seite 3) gelesen und erkläre mich mit der Speicherung meiner Daten einverstanden.
- Ich habe die Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie (Seite 3) und die Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen (Seite 3) gelesen.

Euskirchen, den _____

Unterschrift Patient/-in _____
bzw. gesetzl. Vertretung

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie (Betäubung)

Wir führen zahnärztliche und chirurgische Eingriffe in der Regel mit einer örtlichen Betäubung durch. Vor jeder Behandlung stimmen wir mit Ihnen ab, ob für die anstehende Behandlung eine Betäubung erforderlich ist und welche Alternativen es gibt. Bei einer Betäubung können folgende Risiken und Nebenwirkungen auftreten:

- Das Anästhetikum kann in ein Blutgefäß injiziert werden. Dadurch kann es zu Herz-Kreislaufreaktionen unterschiedlichen Ausmaßes kommen.
- Es kann zu allergischen Reaktionen auf ein Anästhetikum kommen.
- Bei der Leitungsanästhesie im Unterkiefer kann es zur Verletzung von Nerven kommen, durch die Sensibilitätsstörungen in Lippe, Kinn oder Zunge entstehen können.

Die Wahrscheinlichkeit einer Verletzung durch die Betäubung ist sehr gering und es kommt meist zur Spontanheilung. Diese kann jedoch bis zu einigen Monaten dauern. Im schlimmsten Fall können Sensibilitätsausfall oder Sensibilitätsstörungen dauerhaft sein.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Hinweise zur Organisation

- Wir führen eine Bestellpraxis. Dies erspart Ihnen längere Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher.
- Als gesetzlicher Krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.
- Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Patientenerklärung gem. Datenschutzverordnung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der gemachten persönlichen und medizinischen Angaben.
Ich habe die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen einer zahnärztlichen Betäubung gelesen und verstanden.
Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen (Ausnahme im Krankheitsfall).

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und erkläre mich bis auf Widerruf einverstanden, dass meine für die jeweilige Behandlungsmaßnahme relevanten Patientendaten bei Bedarf an das Dental-/Labor und/oder beteiligte Ärzte weitergegeben werden dürfen.

Diese umfassen z.B. persönliche und behandlungsrelevante Daten, ggf. Röntgenbilder, Fotos und sonstige Unterlagen, die für die betreffende Behandlung wichtig sind. Wir verpflichten uns, Ihre Daten mit der gebotenen Sorgfalt gemäß den Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht und der Datenschutzverordnung zu behandeln.

Herzlichen Dank für das von Ihnen entgegengebrachte Vertrauen und Ihre Mitarbeit!

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Zahnarztpraxis.