

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis und Implantologischen Tagesklinik Essen

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben. Mögliche Änderungen teilen Sie uns bitte mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientenerhebungsdaten

Name des Patienten:

Geburtsdaten:

Anschrift:

Krankenkasse:

Bei gesetzlicher Krankenkasse geben Sie bitte die folgenden Informationen an:

Pflichtversichert

ja

nein

Freiwillig versichert

ja

nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

ja

nein

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt?

ja

nein

Bitte geben Sie bei einer Privatversicherung folgende Informationen an:

Standardtarif

ja

nein

Studentisch versichert

ja

nein

Beihilfeberechtigt

ja

nein

Telefon

Tel. dienstl.

Mobil

FAX

E-Mail

Beruf

Versichertendaten, sofern diese von den Patientendaten abweichen

Rechnung an : Patienten Versicherten

Name des Versicherten:

Geburtsdaten:

Anschrift:

Weitere Angaben (freiwillig)

Arbeitgeber:

Anschrift Arbeitgeber:

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja, per: Telefon SMS Mail Post

Grund Ihres Zahnarztbesuches

Kontrollbesuch / Vorsorge

Zahnfleischbluten

Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen

Kiefergelenkbeschwerden

Knirschen

Mundgeruch

Schmerzbehandlung

Sonstiges

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung

Weiße Zähne

Zahnästhetik / Ihr Lächeln

Zahnfarbene Keramikfüllungen

Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung

Austestung von Füllungsmaterialien

Zahnersatz

Implantatversorgung

Sonstiges

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Jegliche Krankheiten können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung für Sie zu optimieren.

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Herzerkrankungen (KHK) Herzinfarkt Herzklappenfehler
- Entzündung am Herzen Herzfehler Angina Pectoris
- Kreislauferkrankungen Schlaganfall Durchblutungsstörungen
- Blutgerinnungsstörungen Verlängertes Nachbluten
- Bluthochdruck Krampfanfälle (Epilepsie)
- Grüner / Grauer Star Lebererkrankungen / Hepatitis / Zirrhose
- Magen-/ Darmerkrankungen Nierenerkrankungen
- Lungenerkrankungen Osteoporose Rheuma, rheumatisches Fieber
- Schilddrüsenenerkrankungen (Überfunktion; Unterfunktion)
- Zuckerkrankheit (Diabetes) insulinpflichtig
- Hepatitis (A; B; C;) Infektionserkrankungen (z.B. Tuberkulose, HIV)
- Haut- und / oder Geschlechtserkrankungen Psychische / psychosomatische Erkrankungen

Allergien:

- Asthma Heuschnupfen Spritzen-Unverträglichkeit
- Werkstoff-Empfindlichkeit (z.B. Latex) Überempfindlichkeit gegen Medikamente

Sonstige Erkrankungen

Haben Sie einen Herzpass? ja nein

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Wurde bei Ihnen eine der folgend genannten medizinischen Behandlungen durchgeführt oder ist eine solche derzeit geplant?

- Eine Transplantation ist geplant Operation en Gelenkersatz (z.B. Hüfte, Knie)
- Herzklappenersatz ist vorgesehen Herzschrittmacher
- Dialyse
- Eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde oder wird durchgeführt

Sonstige Behandlungen

Nehmen Sie derzeit Medikamente oder andere Wirkstoffe ein?

- Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS) Schmerzmittel Bisphosphonate
- Herz- / Kreislaufmittel Antibiotika Kortison
- Beruhigungsmittel Psychopharmaka Antidepressiva
- Homöopath. / anthropos. Medikamente

Trinken Sie Alkohol ?:

regelmässig gelegentlich nie

Rauchen Sie?: nein ja

wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?:

Sonstiges:

Weibliche Patienten:

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja: im Monat

Röntgenaufnahmen

Während und vor einer Behandlung geben Röntgenaufnahmen von Zähnen und Kiefer wichtige Informationen. Deshalb bitten wir um Ihr Einverständnis, die zur Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen machen zu dürfen. Die Anzahl der Aufnahmen wird von uns auf das nötige Mindestmaß begrenzt

Bitte teilen Sie uns mit, ob bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate Zahn- bzw. Kiefer- aufnahmen gemacht wurden.

nein

ja, am

Praxis

Mit der Anfertigung notwendiger Röntgenaufnahmen erkläre ich mich einverstanden.

Datum/ Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter: _____

Einwilligungserklärung gemäß § 73 Abs. 1b Satz 2 SGB V

Ich willige hiermit ein, dass der mich jeweils behandelnde Zahnarzt der o.g. Praxis Befunde zu meiner Person von anderen Ärzten / Zahnärzten einholt und auch von mir durch ihn erhobene Befunde anderen Ärzten / Zahnärzten übermittelt.

Ich willige hiermit ein, dass von meiner Behandlung gefertigte Röntgenaufnahmen, Photos und Modelle im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen als auch Fachvorträgen von Zahnärzten und / oder Maßnahmen des Qualitätsmanagements bzw. der Qualitätssicherung in angemessener Form verwendet werden dürfen.

Ich willige ein, dass einzelne Diagnose-, Aufklärungs- und Therapiemaßnahmen videodokumentiert werden dürfen.

Zahnärztliche Injektionen / Leitungsanästhesien:

Wenn auch nur in seltenen Fällen, so bergen zahnärztliche Injektionen, insbesondere Leitungsanästhesien, das Risiko bleibender bzw. vorübergehender Schäden (z. B. Kanülenbruch, Gefühlsstörungen im betroffenen Gebiet, Nekrosen, Abszesse, etc.).

Ich werde hiermit zu Behandlungsbeginn über die evtl. Risiken aufgeklärt und bin mit einer Anästhesie im Bedarfsfall einverstanden.

Bitte beachten Sie:

Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Ihre Fahrtüchtigkeit und Reaktionsvermögen für 3-4 Stunden eingeschränkt sein kann. Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Planung Ihrer Behandlungstermine.

Datum/ Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter: _____

Bei jedem Besuch in unserer Praxis benötigen wir Ihre Krankenversicherungskarte. Liegt sie uns innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlungsbeginn nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine entsprechende privatärztliche Rechnung (GOZ / GOÄ).

Unsere Praxis wird nach einem Termin- und Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit für Sie reserviert ist, denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Termine, welche Sie nicht einhalten können, sollten Sie spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können (Par. 304, 615 BGB).

Datum/ Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter: _____