



Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliche Angaben

Herr      Frau      Kind

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon (privat) - bitte denken Sie an die Vorwahl

Telefon (tagsüber) - bitte denken Sie an die Vorwahl

E-Mail-Adresse

Beruf und Arbeitgeber

## Angaben zur Versicherung

Krankenkasse / private Versicherung

Familienversichert bei (Name und Geburtsdatum)

Private Versicherung?

**ja**   **nein**

Basistarif?

**ja**   **nein**

Zusatzversicherung?

**ja**   **nein**

Beihilfeberechtigt?

**ja**   **nein**

Kostenhinweis für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch **14 Tage nach der Behandlung** nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach GOZ.

## Weitere Informationen

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?      **ja**   **nein**

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?      **ja (auch per Postkarte)**   **nein**

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?      **ja**   **nein**

Kommen Sie auf Empfehlung in unsere Praxis? Wenn ja, auf wessen Empfehlung?

Haben Sie für Ihre Behandlung einen besonderen Wunsch?

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Rechnungsstellung der zahnärztlichen Behandlung an Hämmerle Forderungsmanagement GmbH, Justus-von-Liebigstrasse 2, 85435 Eding weitergeleitet werden.

Die Daten der Patientenakte werden bis zum Tod des Patienten aufbewahrt, damit bei einem Praxisinhaberwechsel die Patientendaten dem nachfolgenden Zahnarzt vorliegen.

## EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis einsehbar.

**ja**   **nein**

Datum und Unterschrift

## Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung? **ja** **nein**  
Wenn ja, wegen welcher(n) Erkrankung(en)? \_\_\_\_\_

Name des Haus- bzw. des Facharztes \_\_\_\_\_

Anschrift des Haus- bzw. des Facharztes \_\_\_\_\_

Vorhergehender Zahnarzt \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

## Gesundheitszustand

### Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

Eine Herzkappenentzündung  
Einen Herzschrittmacher  
Angina Pectoris  
Einen Herzinfarkt  
Herzasthma  
Einen Herzkappenersatz

### Medikamente: Nehmen Sie ...

Herzmedikamente  
Schmerzmittel  
Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, ASS)  
Bisphosphat  
Cortison (Kortikoide)  
Antidepressiva  
Andere Medikamente: \_\_\_\_\_

### Leiden / litten Sie an Erkrankungen der / des ...

|                          |           |             |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Herzens oder Kreislaufes | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Leber                    | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Niere                    | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Schilddrüse              | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Magen-Darm-Traktes       | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Gelenke (Rheuma)         | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Wirbelsäule              | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Hohen Blutdruck          | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Niedrigen Blutdruck      | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Diabetes                 | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Zahnfleischbluten        | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Ohrensausen / Tinnitus   | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Epilepsie                | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Grünen Star              | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Tuberkulose              | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Osteoporose              | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| HIV (Aids)               | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
| Hepatitis                | <b>ja</b> | <b>nein</b> |

## Gesundheitszustand

Leiden / litten Sie an Erkrankungen der / des ...  
Bluterkrankung (z.B. Hämophilie) **ja** **nein**  
Sonstige Bluterkrankungen: \_\_\_\_\_

Hepatitis

Wenn ja, welcher Typ?

**A** **B** **C**  
**ja** **nein**

Allergien

Wenn ja, wogegen?

Besitzen Sie einen Allergiepass? **ja** **nein**  
Sonstige Infektionen / Erkrankungen? \_\_\_\_\_

### Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? **ja** **nein**  
Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

### Zum Schluss

Leiden Sie unter Mundgeruch? **ja** **nein**  
Besitzen Sie einen Zahnersatz? **ja** **nein**  
Wenn ja, wie alt ist er? \_\_\_\_\_  
Knirschen Sie mit den Zähnen? **ja** **nein**  
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? **ja** **nein**  
Rauchen Sie? **ja** **nein**  
Sind Sie Drogen- und / oder Alkoholabhängig? **ja** **nein**  
Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? (Monat / Jahr) \_\_\_\_\_  
Möchten Sie einen Röntgenpass? **ja** **nein**

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen, wie z.B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende Nervenbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrsbeeinträchtigung.

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

Bitte beachten Sie, dass Medikamente, auch Betäubungsspritzen, Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Sie dürfen nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. In seltenen Fällen kann es durch eine Anästhesie im Unterkiefer zu einer Nervenverletzung des Nervus lingualis o. Nervus mandibularis kommen. Dies hätte einen vorübergehenden oder in sehr seltenen Fällen auch dauerhaften Sensibilitätsverlust des jeweiligen Unterkieferbereiches / Zunge zur Folge.

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_