

Sehr geehrter Patient,
vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in meine Praxis kommen.
Um Ihre Therapie zielgerichtet an Ihre Bedürfnisse anpassen zu können, bitte ich Sie,
mir vor unserem ersten Gespräch die folgenden Fragen zu beantworten.

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Postleitzahl / Ort _____

Kasse

O Kasse _____ O Zahnzusatzversicherung _____
O Privat _____ O Beihilfeberechtigt _____

Hausarzt

Name _____ Anschrift _____ Tel. _____

Ihr Beruf

Telefon/Mail

Telefon, tagsüber _____ E-Mail _____

01. Allgemeine Fragen

Ja Nein

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?	☐	☐
Bekommen Sie Ihre Zähne beim Putzen nicht richtig weiß?	☐	☐
Ist Ihr Zahnfleisch an bestimmten Stellen geschwollen oder blutet leicht beim Putzen?	☐	☐
Haben Sie öfter Kopf- oder Nackenschmerzen?	☐	☐
Hören Sie im Kiefergelenk ein knacken oder reiben?	☐	☐
Fühlen Sie sich beim Sprechen oder Essen eingeschränkt?	☐	☐
Sind Sie mit Ihrem Lächeln zufrieden?	☐	☐
Achten Sie auf frischen Atem?	☐	☐
Haben Sie öfter Stress?	☐	☐
Schnarchen Sie?	☐	☐

02. Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Zahngesundheit und die Behandlung haben.
Haben oder hatten Sie folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Zuckerkrankheit / Diabetes I , II	☐	☐	Osteoporose (Bisphosphonate)	☐	☐
Rheuma	☐	☐	Bluterkrankung	☐	☐
Blutgerinnungsstörung	☐	☐	Leberkrankheit (Hepatitis A B C)	☐	☐
Magengeschwür	☐	☐	Herzerkrankung	☐	☐
Asthma	☐	☐	Hoher / niedriger Blutdruck	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐	HI-Virus Infektion	☐	☐
Sind Sie Raucher/in ?	☐	☐	Krebs / Tumor	☐	☐
Wieviele Zigaretten/Tag?	_____ /Tag		Anfallsleiden / Epilepsie	☐	☐

03. Allergien? (auch gegen Medikamente/Materialien) _____
04. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? wenn ja, welche? _____
05. Medikamentenunverträglichkeit? wenn ja, welche? _____
06. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ? O ungewiss O ja O nein _____ SsWoche
07. Welches besondere Anliegen führt Sie in meine Praxis? _____
08. Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden ? _____
09. Sie kommen auf Grund einer Empfehlung? Bei wem dürfen wir uns bedanken? _____
10. Dürfen wir Sie über Telekommunikationsmedien an Ihre Termine erinnern? O ja O nein

Vielen Dank für ihre Angaben. Ihre Angaben in meiner Praxis unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihnen ist bekannt, dass Termine in unserem Bestellsystem extra für Sie freigehalten werden und es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass Sie für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. spätestens 2 Tage vor dem Termin absagen, damit noch die Möglichkeit besteht „Ersatzpatienten“ einzubestellen. Mindestens 3 Werktage vor dem Termin erhalten Sie eine Terminerinnerung per SMS von uns.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Werktage im Voraus abzusagen, anderenfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich 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).

Ich stimme außerdem zu, dass meine Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Berichte, Modelle etc.) bei Bedarf an meine behandelnden/ überweisenden Ärzte/ Zahnärzte/ Zahntechniklabor übermittelt werden.

Berlin, den

Datum

Unterschrift Patient (gesetzl. Vertreter/Erziehungsberechtigter)