

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dres. Brandstätter in Ingersheim!

Bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte den nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Informationen, die Sie auf freiwilliger Basis geben und die nicht direkt dem Zweck der zahnmedizinischen Behandlung dienen, sind mit einem Stern (*) gekennzeichnet.

Sollten Sie hierzu Fragen haben, helfen wir Ihnen jederzeit gerne weiter.

Patient

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Krankenkasse / Versicherungsstatus
_____	_____	_____
Telefon Festnetz	Telefon mobil	E-Mail-Adresse*
_____	_____	_____
Beruf*	Arbeitgeber*	Telefon geschäftlich*

Versicherter

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer

* freiwillige Angaben

Änderung: 05.06.2020	Geprüft: 05.06.2020	Freigabe: 05.06.2020
von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian

1. Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). **Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie jederzeit einfordern und einsehen.** Wir richten uns streng nach gesetzlichen Vorgaben und halten für Sie gerne unser Datenschutzkonzept zur Einsicht bereit. Bitte bestätigen Sie uns durch Ihre Unterschrift, dass Sie der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zustimmen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter

2. Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, **spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn**, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen dürfen.

Wir sind stets bemüht Ihre Wünsche und Vorlieben (z.B. Ihre gewohnte Prophylaxe-Helferin) zu realisieren, sofern uns dies möglich ist. Aufgrund von praxisorganisatorischen Gründen (z.B. kurzfristiger Krankheit des Personals / Schichtdienst) können wir dies aber nicht in jedem Falle garantieren. Daher weisen wir Sie darauf hin, dass Sie **kein Recht auf eine bestimmte Prophylaxe-Helferin oder Behandlungsassistenz haben**, wir aber immer bemüht sein werden, Ihre Wünsche zu Ihrer Zufriedenheit entsprechend zu realisieren. Sprechen Sie uns bei Problemen bitte an!

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter

bitte weiterblättern

Änderung: 05.06.2020	Geprüft: 05.06.2020	Freigabe: 05.06.2020
von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian

3. Recall-Service

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service (Erinnerungsservice) an. Sie werden von uns regelmäßig per SMS oder postalisch angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie **eine / keine Teilnahme** an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche ausdrücklich **eine** Teilnahme am Recall-Service.

Ich wünsche ausdrücklich **keine** Teilnahme am Recall-Service.

Sofern Sie eine Teilnahme am Recall-Service wünschen, teilen Sie uns bitte Änderungen Ihrer Mobil-Nummer oder Anschrift immer umgehend mit. Die Teilnahme am Recall-Service erfordert das Vorliegen einer schriftlichen Einwilligungserklärung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu diesem Zweck (Recall). Diese Einwilligung kann gegenüber der Praxis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter

bitte weiterblättern

Änderung: 05.06.2020	Geprüft: 05.06.2020	Freigabe: 05.06.2020
von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian

Allgemeinmedizinische Auskünfte (Anamnese)

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente **nicht**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie **blutverdünnende** Medikamente (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Plavix...) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Werden oder wurden Sie mit **Bisphosphonaten** therapiert (z.B. Zometa, Prolia...)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie **Allergien**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter **psychischen Erkrankungen**? (z.B. Depression) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Für Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

bitte weiterblättern

Änderung: 05.06.2020	Gepprüft: 05.06.2020	Freigabe: 05.06.2020
von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian

4. Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**? ja nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**? ja nein

Benötigen Sie eine **Endokarditisprophylaxe**? ja nein

Haben Sie ein **Organtransplantat**? ja nein

Kreislaufkrankungen (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien / Atemwegserkrankungen (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gehirn- und Nervenerkrankungen (z. B. Epilepsie, Migräne, multiple Sklerose) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Rheuma, Gicht) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut, Bluter) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankung der Augen (z. B. grauer Star, grüner Star) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben / hatten Sie **maligne Grunderkrankungen (Krebs)**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter **Osteoporose**? ja nein

Änderung: 05.06.2020	Geprüft: 05.06.2020	Freigabe: 05.06.2020
von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian

5. Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

- HIV (AIDS) ja nein
Hepatitis ja nein
Tuberkulose (Tbc) ja nein
Coronavirus COVID-19 ja nein
Creutzfeld-Jacob (CJ) ja nein
MRSA ja nein
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ja nein
Sonstige _____ ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** oder **Drogen** zu sich? ja nein
Wenn ja, welche? _____

6. Zahnmedizinische Auskünfte

- Wann waren Sie **letztes Mal in zahnärztlicher Behandlung**? _____
- Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung **Komplikationen** auf? ja nein
Treten bei Ihnen **Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk** auf? ja nein
Haben Sie derzeit **Schmerzen**? ja nein
Haben Sie **Angst** vor der Zahnbehandlung? ja nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein

Bitte nennen Sie uns noch Ihren **Hausarzt**: _____

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** immer unaufgefordert mit. Da sich ergebende Änderungen häufig eine Relevanz für die zahnärztliche Behandlung haben, werden wir Sie regelmäßig bitten, Ihren Anamnesebogen zu aktualisieren. Bitte haben Sie dafür Verständnis.



Brandstätter
Ihre Zahnärzte in Ingersheim.

Änderung: 05.06.2020	Geprüft: 05.06.2020	Freigabe: 05.06.2020
von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian	von: Brandstätter, Sebastian