

## 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: 16.05.2023         | Geprüft: 16.05.2023          | Freigabe: 16.05.2023         |
| 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: 16.05.2023         | Geprüft: 16.05.2023          | Freigabe: 16.05.2023         |
| 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

|                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Änderung: 16.05.2023         | Geprüft: 16.05.2023          | Freigabe: 16.05.2023         |
| von: Brandstätter, Sebastian | von: Brandstätter, Sebastian | von: Brandstätter, Sebastian |

Name

Vorname

geb.

**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 oder könnte eine Schwangerschaft vorliegen?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

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

*bitte weiterblättern*

|                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Änderung: 16.05.2023         | Geprüft: 16.05.2023          | Freigabe: 16.05.2023         |
| 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? \_\_\_\_\_

**Diabetes**  ja  nein

Wenn ja, kennen Sie Ihren HbA1c-Wert (Langzeitzucker)? \_\_\_\_\_

**Allergien / Atemwegserkrankungen** (z.B. 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: 16.05.2023         | Geprüft: 16.05.2023          | Freigabe: 16.05.2023         |
| 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  
 aktuell positiv auf COVID-19 getestet?  ja  nein  
 Creutzfeld-Jacob (CJ)  ja  nein  
 MRSA  ja  nein  
 Röteln, Mumps, Masern, Scharlach  ja  nein

**Rauchen Sie?**

ja  nein

Wenn ja, wie viel: ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

**Drogenkonsum?**

ja  nein

**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.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**aktualisiert:**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

|                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Änderung: 16.05.2023         | Geprüft: 16.05.2023          | Freigabe: 16.05.2023         |
| von: Brandstätter, Sebastian | von: Brandstätter, Sebastian | von: Brandstätter, Sebastian |