

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

**Patient**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer
		E-Mail
Krankenkasse	Zusatzversicherung	

**Versicherter**

Name	(Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer

Änderung:	Geprüft:	Freigabe:
von:	von:	von:

**Allgemein**

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

**Für Patientinnen**

Sind Sie schwanger?  ja  nein

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

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

**Allgemeinmedizinische Auskünfte**

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?**

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

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Änderung:	Geprüft:	Freigabe:
von:	von:	von:

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

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Gehirn- und Nervenerkrankungen** (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression)  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?**

HIV (AIDS)  ja  nein

Hepatitis  ja  nein

Tuberkulose (Tbc)  ja  nein

Creutzfeld-Jacob (CJ)  ja  nein

MRSA  ja  nein

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Sonstige Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_

**Zahnmedizinische Auskünfte**

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Änderung:	Geprüft:	Freigabe:
von:	von:	von:

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf?  ja  nein

Wünschen Sie generell eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

### 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 haben wir Ihnen ausgehändigt. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

### Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Änderung:	Geprüft:	Freigabe:
von:	von:	von:

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 gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden.

**Abtretungsvereinbarung**

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

Änderung:	Geprüft:	Freigabe:
von:	von:	von: