












Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir Ihre Personalien und Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies dient uns zur risikofreien und adäquaten Behandlung. Spätere Änderungen teilen Sie uns bitte umgehend mit. Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie bei der Beantwortung einzelner Punkte Schwierigkeiten haben, fragen Sie uns - wir helfen Ihnen gerne weiter.

Patient	_____		
	(Name)	(Vorname)	(Geb.datum)
Versicherter	_____		
	(Name)	(Vorname)	(Geb.datum)
Anschrift	_____		
	(Straße/Hausnr.)	(PLZ/Ort)	
Kontakt	_____		
	(Telefon privat)	(geschäftl.)	(mobil)
Beruf	_____	Arbeitgeber	_____
Hausarzt	_____	letzter Zahnarztbesuch	_____
Versicherung	_____	<input type="radio"/> Gesetzlich <input type="radio"/> Private Zusatzversicherung	<input type="radio"/> Privat <input type="radio"/> Beihilfe
Was führt Sie zu uns?	<input type="radio"/> Zahnfleischbluten <input type="radio"/> Kontrolluntersuchung	<input type="radio"/> Zahnschmerz <input type="radio"/> Beratung	
Haben Sie ein konkretes Anliegen?	_____		
Haben Sie akute Schmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Social Media (Facebook, etc.) <input type="radio"/> Persönliche Empfehlung von _____	<input type="radio"/> Google <input type="radio"/> Jameda	
"Recall": Bitte erinnern Sie mich per Post/Mail an regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln ?	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/>  1    2    3    4    5    6    7    8    9    10		
Dürfen wir Sie per Email / SMS kontaktieren ? (z.B. für Terminerinnerungen oder Newsletter)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	_____ (E-Mail Adresse)	
Was ist Ihnen bei Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig ?	_____		

#### BITTE BEACHTEN SIE:

Nach einer zahnärztlichen Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) kann es u. U. zu folgenden Komplikationen kommen: Hämatom (Bluterguss), Irritation des N. Alveolaris Inf. / Nervschädigung, Einschränkung der Verkehrstüchtigkeit.

Sie kommen zur Behandlung in eine Bestellpraxis. Dies bedeutet in der Regel geringe Wartezeiten für Sie. Wenn Sie Ihren vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie spätestens 24 Stunden vorher um eine Benachrichtigung. Andernfalls sind wir dazu angehalten ein Ausfallhonorar nach § 615 BGB in Rechnung zu stellen.

Unsere Liquidation erfolgt über ein externes Rechenzentrum.

Ihre Behandlungsdaten werden in unserem Zahnzentrum elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)).

Die nachfolgenden Angaben sind notwendig, damit wir Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorbeugen können. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

**Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

- |                           |                          |   |
|---------------------------|--------------------------|---|
| HIV (Aids)                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Hepatitis                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| wenn ja, Typ...           | <input type="radio"/> A  | <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |
| Osteoporose               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Tuberkulose               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Grüner Star               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Epilepsie                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Tinnitus                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Diabetes                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| hoher Blutdruck           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| niedriger Blutdruck       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Psychische Erkrankung     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| in Therapie?              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Krebs                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| wenn ja, welche Art?      | _____                    |   |
| Asthma                    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Blutgerinnungsstörungen   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Drogenkonsum              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Übermäßiger Alkoholkonsum | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| Allergien                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein                      |
| wenn ja, wogegen?         | _____                    |   |

Haben Sie Infektionen / Erkrankungen, die oben nicht aufgeführt wurden? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...**

- |                         |                          |                            |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lunge                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Leber                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Nieren                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schilddrüse             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Magen-Darm-Traktes      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Nervensystems           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Gelenke (Rheuma)        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wirbelsäule             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

**Zu Ihrem Herzen: Haben Sie...**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> Herzschrittmacher |
| <input type="radio"/> Angina Pectoris       | <input type="radio"/> Herzinfarkt       |
| <input type="radio"/> Stent                 |   |

**Medikamente: Nehmen Sie...**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente                                  | <input type="radio"/> Cortison       |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel                                    | <input type="radio"/> Antidepressiva |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS) |                                      |
| <input type="radio"/> Bisphosphonate                                   |                                      |

Bitte führen Sie alle Medikamente, die Sie einnehmen, hier auf \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder

Spritzen aufgetreten?  Ja  Nein

wenn ja, gegen welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Für unsere Patientinnen**

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

**Zum Schluss**

Knirschen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

wenn ja, wieviele täglich? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung

Ihrer Zähne? \_\_\_\_\_

**Fragen / Anmerkungen / Anregungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit den obigen Informationen einverstanden.

(Ort/Datum)

(Unterschrift der Patientin / des Patienten)

VIELEN DANK FÜR IHRE ANGABEN . IHR ONDADENT TEAM