

Praxis am Landschaftspark

Die ganze Zahnmedizin

LIEBE DEIN LÄCHELN

Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Deshalb möchten wir Ihre Wünsche, Vorstellungen und Ansprüche kennen lernen. So können wir Sie von Beginn an optimal betreuen.

Wir sind Ihnen daher dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit für uns nehmen und den folgenden Patientenbogen ausfüllen. Wir freuen uns, Ihnen im Anschluss unser umfangreiches Leistungsspektrum vorstellen zu dürfen.

Hiermit versichern wir, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Betreuung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

I. Persönliche Angaben

Patient

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherter

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Kontakt

Private Tel.: _____ Geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Pflichtversichert Freiwillig versichert Private Zusatzversicherung Beihilfe privat privat / Basistarif

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: _____ Überweisung durch: _____

Internet Telefonbuch Gelbe Seiten Sonstiges _____

II. Risikoanamnese

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden kann.

Infektionskrankheiten (HIV, TBC, Hepatitis etc.) Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck etc.)

Hormonelle Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüse etc.) Blutgerinnungsstörung

Chronische Erkrankungen (Rheuma, MS, Krebs, Epilepsie etc.) Schwangerschaft (___Monat) Stillzeit (___Monat)

Allergien, Arzneimittelüberempfindlichkeiten, welche? _____ Medikamenteneinnahme welche? _____

Sind oder waren Sie Raucher? _____

Sonstige Erkrankungen? _____

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____

Aktuell: _____

Langfristig: _____

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? _____

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkung zum Kauorgan stehen. Durch Ihre Angaben können eventuelle Zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

Datenschutzerklärung

Einverständniserklärung des Patienten zur Datenspeicherung und Verarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Sie haben die Möglichkeit die im Wartezimmer ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz mitzunehmen oder vor Ort zu lesen. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Einverständniserklärung zur Erhebung der personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde und Leistungen, die wir erbracht haben.

Ohne dieses Einverständnis ist eine Behandlung nicht möglich!

Einverständnis des Patienten zur Übermittlung und Einholung von Behandlungsdaten und Befunden nach §73 Abs.1b SGB V z.B. an und von anderen Zahnärzten/Ärzten, Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Zahntechnische Labore und Mikrobiologische Institute (z.B. Röntgenaufnahmen von und an Kieferchirurgen)

Folgende Personen dürfen Informationen oder Rezepte von mir nach Identitätsfeststellung einholen bzw. abholen.

Name, Adresse

Name, Adresse

Ort, Datum

Unterschrift/
oder Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Anamnese Kind:

Erziehungsberechtigte/er:.....

Name des Kinderarztes:.....

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie sie an:

Zahnmedizinische Anamnese

- | | Ja | Nein |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt/ Arzt gemacht?
..... | | |
| 4. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?
Wenn ja, welcher Art?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Was ist der Grund für den heutigen Besuch?
..... | | |
| 6. Wurden im Kindergarten/ in der Schule Infoveranstaltungen zu Zahnpflege und Kariesprophylaxe durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ernährungsgewohnheiten

- | | Ja | Nein |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ist Ihr Kind gestillt worden?
Wenn ja, wie lange?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?
Wenn ja, wie lange?..... Immer noch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Isst Ihr Kind viel Süßes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Geben Sie Ihrem Kind Fluor-Präparate?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |