

Herzlich willkommen!

Bevor wir uns um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte teilen Sie uns deshalb Änderungen Ihrer Medikation oder Ihres Gesundheitszustandes unmittelbar mit. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Alle Daten werden entsprechend der gültigen Datenschutzverordnung behandelt. Die Aufbewahrung der Daten kann aus organisatorischen Gründen auch mehr als 10 Jahre betragen.

Bei Fragen in Bezug auf den Datenschutz können Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten wenden: info@streit-online.de.

Name _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____ Geburtsname _____

Anschrift _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Telefon mobil _____ Email-Adresse _____

Krankenversicherung: Gesetzlich privat Versicherung: _____ Beihilfe

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja _____ Nein

Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja Nein / Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? (Recall) Ja Nein

1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- und/oder Gefäßerkrankungen? Ja Nein

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Herzschwäche | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Andere: | |

2. Sind Sie an einer Infektionskrankheit erkrankt? Ja Nein

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Leberentzündung (Hepatitis A/B/C) | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| HIV / AIDS | <input type="checkbox"/> |

3. Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung? Ja Nein

- | | | |
|------------------------|--------------------------|------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Typ: _____ |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | |
| Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> | |

4. Haben Sie eine Erkrankung am Skelett? Ja Nein

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Künstliches Gelenk | <input type="checkbox"/> |
| Wirbelsäulenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> |

5. Leiden Sie unter Epilepsie Ja Nein

6. Haben Sie einen grünen Star? Ja Nein

7. Haben Sie eine Nierenerkrankung? Ja Nein

8. Leiden Sie an Asthma? Ja Nein

9. Sind Sie schwanger? Ja welche SSW?: _____ Nein

10. Haben Sie Allergien bzw. reagieren Sie überempfindlich auf irgendwelche Substanzen/Arzneien/Materialien z.B. Latex

Ja Nein

Wenn ja auf was: _____

Haben Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

11. Hatten oder haben Sie eine Tumorerkrankung?

Ja Nein

Wenn ja welche _____

12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein: z.B: Blutdruckmedikamente, Herzmedikamente, Schilddrüsenmedikamente, Diabetes oder ähnliches

Ja Nein

Wenn ja welche: _____

Ja welche? _____ Nein

Nehmen oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen?

Ja welche? _____ Nein

Medikamente zur Blutverdünnung?

13. Sonstige Erkrankungen

14. Haben Sie die Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen?

Ja Nein

15. Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Anschrift: _____

Änderungen teile ich vor jeder Behandlung mit.

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Unsere Praxis legt großen Wert darauf, dass Sie schmerzfrei behandelt werden. Da jede medizinische Behandlung gewisse Risiken birgt, sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, Sie über Nebenwirkungen aufzuklären.

- Vorübergehendes Atemnotgefühl durch Betäubung kleiner Schleimhautbereiche
- Blitzartiger Schmerz oder Missempfindungen durch Nervenberührung
- Bluterguss mit Schwellung und/oder sichtbare Verfärbung und/oder Bewegungseinschränkung
- Entzündung/Schmerzen an der Einstichstelle
- Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit
- Leichte bis heftige allergische Reaktionen auf verwendete Materialien/Wirkstoffe
- Dauerhafte Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs/hängende Lippe/Wange

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Nachrichten und Terminerinnerungen per Post und per E-Mail erfolgen dürfen oder bei einer telefonischen Kontaktaufnahme ggf. auf dem Anruferantworter hinterlassen werden dürfen. Terminvereinbarung /-änderungen bitte nur telefonisch.

Wir bitten Sie vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind, da diese Zeit ausschließlich für Sie reserviert wurde.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Vielen Dank! Ihr Team der Zahnarztpraxis im Erlenringcenter

Marburg, den _____

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter/Zahlungspflichtiger