



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst werden kann, bitten wir um die Beantwortung nachfolgender Fragen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und DS GVO!

Nachname: _____ **Vorname:** _____
Geb. Datum: _____ **Beruf:** _____
Strasse: _____ **Arbeitgeber:** _____
PLZ, Ort: _____ **Telefon:** _____
E-Mail: _____ **Handy:** _____

Krankenkasse / Versicherung: (Zutreffendes bitte ankreuzen:)

gesetzlich bei _____ Zusatzversicherung Ja Nein
privat bei _____ Beihilfe

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen:

Name: _____ **Vorname:** _____
Geb. Datum: _____ **Telefon:** _____
Ges. Betreuer: _____ **Handy:** _____

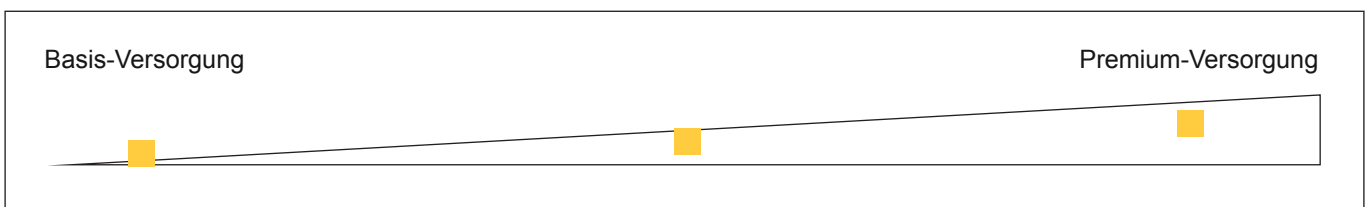
Falls gesetzlicher Betreuer ➔ Behandlungsauftrag

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet (Homepage) Bewertungsportal
persönliche Empfehlung sonstiges

Welche Behandlungsnotwendigkeit sehen Sie? _____
Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? Ja Nein
Wünschen Sie eine Behandlung unter Narkose oder Dämmerschlaf? Ja Nein
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen / Zahnbeschwerden? Ja Nein
Knackt oder schmerzt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen? Ja Nein
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln? sehr zufrieden 1 2 3 4 5 6 unzufrieden
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein
Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Ihr Behandlungswunsch



Am wichtigsten ist mir: Funktion Ästhetik Langlebigkeit

Vorsorge / Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	Implantate	<input type="checkbox"/>
Parodontitis-Behandlung	<input type="checkbox"/>	Zahnästhetik	<input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Kunststofffüllungen	<input type="checkbox"/>	Bleichen / Bleaching	<input type="checkbox"/>
Vollkeramik (Kronen / Inlays)	<input type="checkbox"/>	Zahnstellungskorrekturen (Invisalign)	<input type="checkbox"/>
Versorgung von Zahnlücken	<input type="checkbox"/>	Schnarchschiene	<input type="checkbox"/>

Allgemeine medizinische Angaben

Haben Sie Allergien? Nein Ja Welche? _____
Allergiepass?

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja Welche? _____

Haben Sie je Bisphosphonate genommen? Nein Ja Welche? _____

Nehmen Sie Blutverdünnungsmedikamente? Nein Ja Welche? _____

Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf
Spritzen oder zahnärztliche Materialien? Nein Ja Welche? _____

Rauchen Sie? Nein Ja Wieviel pro Tag? _____

Leiden oder littten Sie je an folgenden Erkrankungen

Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, HIV/AIDS) Welche? _____

Autoimmunerkrankungen Welche? _____

Asthma Diabetes Epilepsie Glaukom (Grüner Star)

Osteoporose Kreislauferkrankungen Schilddrüsenerkrankungen transplantierte Organe

künstliche Gelenke Herzschrittmacher seelische Leiden hoher Blutdruck

Schwangerschaft? Geburtstermin _____ niedriger Blutdruck

Sonstiges: _____

Ihr Hausarzt: _____

Bestellsystem und Terminversäumnisse:

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, behandeln wir nach verbindlich mit Ihnen vereinbarten Terminen. Bitte erscheinen Sie pünktlich zum reservierten Zeitpunkt- auch wir sind bemüht, diesen einzuhalten! Sollten sich dennoch von unserer Seite Verzögerungen ergeben, haben Sie bitte Verständnis dafür, dass sich der zeitliche Aufwand für zahnärztliche Behandlungen nur bedingt vorausplanen lässt.

Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um Terminabsage bis spätestens 24 Stunden im Voraus (für Montagstermine bis Freitag 9 Uhr). Da der Termin nur für Sie reserviert ist, bedenken Sie bitte, dass wir berechtigt sind, nicht rechtzeitig abgesagte Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Verkehrstüchtigkeit:

Eine örtliche Betäubung (Injektion) kann zu Einschränkungen der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit führen. Sie sollten daher anschließend nicht aktiv mit einem Fahrzeug am Straßenverkehr teilnehmen.

Informationen zum Datenschutz:

Ihre Daten werden in unserer Praxis nach der DS GVO erhoben und behandelt. Zur Erzielung des Behandlungserfolgs ist es in einigen Fällen möglich, dass Daten an Dritte weitergegeben werden müssen. Die sind zum Beispiel: Zahn-techniklabore, Untersuchungslabore, Ärzte, Firmen für elektronische Zahlungsabwicklung, Abrechnungszentren mit Teilzahlungsoptionen, IT-Dienstleister, Softwareanbieter der Datenverarbeitung für die Leistungsdokumentation, Kassenzahnärztliche Vereinigung und Ihre gesetzliche Krankenkasse. Eine ausführliche Liste der mitwirkenden Unternehmen hängt im Eingangsbereich aus.

Haben Sie uns Ihre E-Mail oder Ihre Telefonnummer genannt, gehen wir von Ihrem Einverständnis zur Kontaktaufnahme aus. Sie können Ihre Einverständnis zur Datenvereinbarung jederzeit widerrufen.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und bitten Sie, uns jegliche Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

(Patient / Erziehungsberechtigter)