



# 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  bei \_\_\_\_\_  
privat  bei \_\_\_\_\_ Beihilfe

**Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen:**

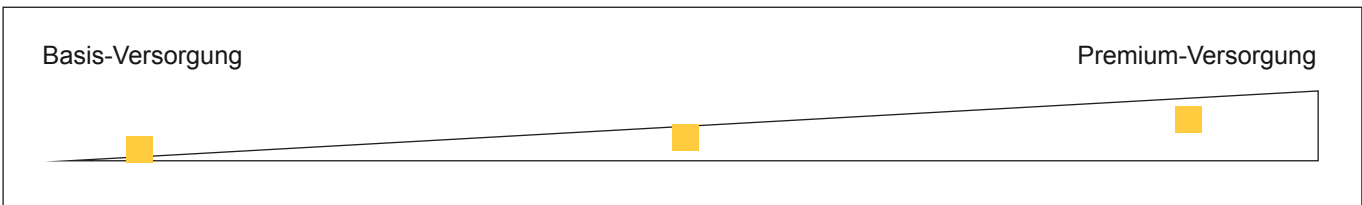
**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Geb. Datum:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_  
 **Ges. Betreuer:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_  
Falls gesetzlicher Betreuer ➔ Behandlungsauftrag

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 litten Sie je an folgenden Erkrankungen

Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, HIV/AIDS) Welche? \_\_\_\_\_

Autoimmunerkrankung 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: Zahntechniklabore, 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 )