

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Vor Ihrer Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

Vielen Dank.

_____ Patient Familienname	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Ort	_____ Versicherungsnehmer (bei Familienversicherung)
_____ Telefon privat	_____ Telefon beruflich (freiwillig. Angabe)	_____ Handynummer
_____ E-Mail	_____ Beruf (freiwillig. Angabe)	_____ Arbeitgeber (freiwillig. Angabe)

Gesetzlich versichert: ☐ Ja ☐ Nein
 Zusatzversicherung: ☐ Ja ☐ Nein
 Privat versichert: ☐ Ja ☐ Nein -> wenn ja: Basistarif ☐ Ja ☐ Nein
 Beihilfe: ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Denosumab (Medikament zur Osteoporose/Krebs Therapie) ein? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie die letzten 15 Jahre Bisphosphonate (Medikamente zur Osteoporose/Krebs Therapie) eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Drogen oder andere Betäubungsmittel ein? ☐ Ja ☐ Nein

Konsumieren Sie regelmäßig THC / Cannabis? ☐ Ja ☐ Nein

Allergien: _____

Künstliche Gelenke jeglicher Art: _____

Sind Sie mit der Fluoridierung der Zähne einverstanden? ☐ Ja ☐ Nein

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

- ☐ Herzerkrankungen, wenn ja welcher Art: _____
- ☐ Lebererkrankungen, wenn ja welcher Art: _____
- ☐ Nierenerkrankungen, wenn ja welcher Art: _____
- ☐ Nervenerkrankungen, wenn ja welcher Art: _____
- ☐ Hoher Blutdruck ☐ Niedriger Blutdruck ☐ Schlaganfall
- ☐ Asthma/Lungenerkrankung ☐ Zuckerkrankheit ☐ Rheuma

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV) | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> AIDS |

Sonstige: _____

Grund meines Zahnarztbesuches:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Routine-Untersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellung |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung (PZR) | | |

Sonstiges: _____

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja welcher Monat: _____
 Stillen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Auskunft an Angehörige / sonstige Personen

☐ Ja Ich willige ein, dass alle Informationen (wie z.B. Terminvereinbarungen, Rezeptabholung, etc.) zu meinen Behandlungsunterlagen und persönlichen Daten, weitergegeben werden dürfen an:

 Vor- und Zuname, Adresse, Wohnort

Die Einwilligung dient dem Zweck zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

☐ Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? ☐ Empfehlung von Familie/Freunde

☐ Facebook

☐ Google

☐ Sonstiges _____

Wünschen Sie **nur** eine Behandlung der zurzeit vorhandenen Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

Ich wurde darüber informiert, dass im Falle einer örtlichen Betäubung meine Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt ist. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlung auftreten, umgehend mitzuteilen. Des Weiteren verpflichte ich mich vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Praxis Zahnärztliche BAG Dr. Markus Schmid/Dr. Johannes Ermer mit der Praxis Kieferorthopädie Frau Dr. Heike Schmid zusammenarbeitet, rechtlich aber jeweils selbständig sind. Die Datenverarbeitung der zwei Praxen erfolgt in einem Programm. Ich wurde darauf hingewiesen und bin damit einverstanden, dass die jeweiligen Praxisinhaber und Praxismitarbeiter sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen dürfen, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Patienten / und oder des Erziehungsberechtigten