



ANMELDEBOGEN FÜR PATIENTEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Sollten Sie einen Medikamtenpass, Allergiepass o. ä. besitzen, legen Sie ihn bitte am Empfang vor. Vielen Dank.

ANGABEN ZUM PATIENTEN:

| | | |
|--|---|---|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnr. | PLZ | Ort |
| Telefon tagsüber oder mobil | E-Mail | |
| Beruf | Arbeitgeber | Telefon geschäftlich |
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Privat versichert | Versicherung |
| Weitere Angaben zum Versichertenstatus: | | |
| <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Beihilfe |
| <input type="checkbox"/> Basistarif | <input type="checkbox"/> Selbstzahler | <input type="checkbox"/> Kostenerstattung |

Sind Patient und Versicherter/Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben zum Versicherten ergänzen:

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnr. | PLZ | Ort |
| Post an den Patienten oder den Versicherten/Zahlungspflichtigen senden? | <input type="checkbox"/> Patient | <input type="checkbox"/> Versicherter |

Wie sind Sie auf unserer Praxis aufmerksam geworden?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

Nein, keine

| | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Stents, Bypässe | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschwäche/ Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzklappenerkrankung/-defekt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Besteht ein Endokarditis-Risiko? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Andere: | |

Infektionserkrankungen?

Nein, keine

| | | | |
|--------------------|---|---------|---|
| Hepatitis A oder B | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | HIV | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Andere: | |

Tumorerkrankungen (Krebs)?

Nein, keine

| | | | |
|------------------------|---|---------------|---|
| Tumor („Krebs“) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Bestrahlung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Leukämie („Blutkrebs“) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Weitere Erkrankungen?

Nein, keine

| | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Diabetes („Zuckerkrank“) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungen-/ Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Osteoporose („Knochenschwund“) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Chronische Nasennebenhöhlenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Rheuma/ Arthrose | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Glaukom („Grüner Star“) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Orthopädische Implantate (z.B. Knie, Hüfte) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Medikamente

Nein, keine

| | |
|--|---|
| Nehmen Sie Medikamente, welche die Blutgerinnung beeinträchtigen („Blutverdünner“)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie zurzeit oder haben Sie je Bisphosphonate eingenommen (z.B. Osteoporose, Tumorerkrankungen)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie zurzeit oder haben Sie je Monoklonale Antikörper eingenommen (Krebs- oder Immuntherapie)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Welche Medikamente oder pflanzlichen Präparate nehmen oder erhalten Sie regelmäßig? Bitte nennen Sie auch den Einnahmegrund.

Medikament: _____ Einnahmegrund: _____

Allergien

Nein, keine

| | | |
|-------------------------------|---|---------|
| Antibiotika (z.B. Penicillin) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Andere: |
|-------------------------------|---|---------|

Weitere Angaben

| | | | |
|-----------------------------|---|-------------------------------------|---|
| Könnten Sie schwanger sein? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Trinken Sie täglich Alkohol? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Sind oder waren Sie drogenabhängig? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Gibt es sonst etwas, dass Sie erwähnen möchten?



WICHTIGE INFORMATIONEN

Wir möchten Sie gerne über einige wichtige Punkte im Rahmen Ihrer zahnärztlichen Behandlung bei uns aufklären. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um diese Informationen sorgfältig zu lesen. Sollten Sie weitere Fragen haben oder etwas unverständlich sein, hilft Ihnen unser Team jederzeit gerne weiter.

Aufklärung über die zahnärztliche Anästhesie (Betäubung)

Wir führen zahnärztliche und chirurgische Eingriffe in der Regel mit einer örtlichen Betäubung durch. Vor jeder Behandlung stimmen wir mit Ihnen ab, ob für die anstehende Behandlung eine Betäubung erforderlich ist und welche Alternativen es gibt.

Bei einer Betäubung können folgende Risiken und Nebenwirkungen auftreten:

- Das Anästhetikum kann in ein Blutgefäß injiziert werden. Dadurch kann es zu Herz-Kreislaufreaktionen unterschiedlichen Ausmaßes kommen.
- Es kann zu allergischen Reaktionen auf ein Anästhetikum kommen.
- Bei der Leitungsanästhesie im Unterkiefer kann es zur Verletzung von Nerven kommen, durch die Sensibilitätsstörungen in Lippe, Kinn oder Zunge entstehen können. Die Wahrscheinlichkeit einer Verletzung durch die Betäubung ist sehr gering und es kommt meist zur Spontanheilung. Diese kann jedoch bis zu einigen Monaten dauern. Im schlimmsten Fall können Sensibilitätsausfall oder Sensibilitätsstörungen dauerhaft sein.

Aufklärung über Terminversäumnisse

Wir führen unsere Praxis als reine Bestellpraxis. Das bedeutet, wir reservieren Zeit exklusiv für einen Patienten – so auch für Sie und Ihre Behandlung. Leider heißt das auch, unser Betrieb steht still, wenn reservierte Termine nicht wahrgenommen werden. Das ist besonders bei längeren Terminen problematisch, weil dadurch für uns unnötige Kosten entstehen.

Bitte informieren Sie uns frühzeitig, sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können. Wir können den Termin nur anderweitig vergeben, wenn wir rechtzeitig informiert sind.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir uns vorbehalten für nicht eingehaltene oder kurzfristig abgesagte Termine ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Konkret meinen wir damit:

- Termine, die nicht mindestens 48 Stunden vorher abgesagt werden. Sollten Sie krank sein, ist dies selbstverständlich eine Ausnahme.
- Alle versäumten Termine, die gar nicht abgesagt werden. Hier stellt auch der Krankheitsfall keine Ausnahme dar.
- Wir möchten besonders darauf hinweisen, dass ein Terminversäumnis bzw. kurzfristige Absage aus beruflichen Gründen keine Ausnahme darstellt.

Datenschutzerklärung (nach DSGVO)

Persönliche Daten, medizinische Befunde und Unterlagen, Beratungsinhalte, Röntgenaufnahmen und Fotos werden elektronisch dokumentiert und gespeichert. Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz (DSVG).

- Die Speicherung Ihrer Daten ist für medizinische Behandlungen gesetzlich vorgeschrieben. Sie sind nicht verpflichtet der Bereitstellung Ihrer Daten zustimmen. Ohne Ihre Einwilligung kann jedoch auch keine Behandlung durchgeführt werden.
- Ihre Daten werden mindestens für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert.
- Ihre Daten werden praxisintern verarbeitet. Daten von gesetzlich versicherten Patienten werden aus Abrechnungsgründen auch an Krankenkassen und Kassenzahnärztliche Vereinigungen weitergeleitet.
- Bei Zahnersatzplanungen und –behandlungen werden Daten an zahntechnische Labore weitergeleitet. Je nach Situation werden auch zahnmedizinische Fotos über den Cloud-Dienst Dropbox (USA) mit deutschen zahntechnischen Laboren geteilt.

Als betroffene Person möchten wir Sie darüber aufklären, dass Sie nach DSGVO das Recht auf Auskunft, Löschung, Datenübertragbarkeit sowie auf Widerspruch gegen die Verarbeitung haben. Ihre erteilten Einwilligungen können Sie jederzeit widerrufen. Es besteht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde für Datenschutz (Postfach 200444, 40102 Düsseldorf).

Erklärung des Patienten

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der gemachten persönlichen und medizinischen Angaben.
- Ich habe die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen einer zahnärztlichen Betäubung gelesen und verstanden.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen (Ausnahme im Krankheitsfall). Ich bin darüber aufgeklärt, dass mir unentschuldigt nicht wahrgenommene oder kurzfristig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.
- Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und erkläre mich mit der Speicherung meiner Daten einverstanden.

Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter