



Praxis H 20

Dr. Oskar Hollmann, Anna Powalowska, Helge Senkbeil

Liebe Patienten,

wir heißen Sie in unserer Praxis ganz herzlich willkommen! Für eine bestmögliche Behandlung und einen professionellen Praxisablauf, bitten wir sie die nachfolgenden Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb., sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Vielen Dank!

Stammdaten

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum, Geburtsort
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Wohnort
_____ Telefon (privat,mobil)	_____ Telefon dienstlich
_____ E-Mail	_____ berufliche Tätigkeit

Gegebenenfalls mitversichert bei / gesetzlicher Vertreter / Zahlungspflichtiger

_____ Name, Vorname	_____ Straße, Hausnummer
_____ Geburtsdatum	_____ PLZ, Wohnort

Krankenversicherung

- privat bei: _____ Basis-/Standardtarif Beihilfe berechtigt
 gesetzlich bei: _____ Ich habe eine Zahnzusatzversicherung

Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Aus diesem Grund bitten wir Sie vor der ersten Behandlung, unseren Anamnesebogen vollständig auszufüllen.

Herz-Kreislaufsystem:

Blutdruck..... zu hoch zu niedrig
Herzpass, Herzerkrankungen? wenn ja welche.....
.....
Herzschrittmacher..... ja nein
künstliche Herzklappe..... ja nein
Herzinfarkt, wenn ja, wann?..... ja nein
Schlaganfall, wenn ja, wann?..... ja nein
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) ja nein
Medikamente.....

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung..... ja nein
Veränderungen im Blutbild..... ja nein
Blutgerinnungsstörung..... ja nein

Infektionserkrankungen:

HIV..... ja nein
Hepatitis A/B/C..... ja nein
Tuberkulose..... ja nein
Sonstige.....

Allergien / Unverträglichkeiten:

Haben Sie einen Allergiepass?..... ja nein
Latex..... ja nein
Jod..... ja nein
Lokalanästhetika..... ja nein
Antibiotika..... ja nein
Sonstige..... ja nein

Weitere Erkrankungen:

Diabetes..... nein ja —> HBA1C >6,5% <6,5%
Schilddrüsenerkrankung..... ja nein
Erkrankung des Nervensystems..... ja nein
Epilepsie..... ja nein
Asthma..... ja nein
Osteoporose..... ja nein
Rheuma..... ja nein
Tuberkulose..... ja nein

Allgemeine Angaben:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?.....
.....
.....
Hüft-o. Knieprothese bzw. Endoprothesen..... ja nein
Schlafstörungen, Schnarchen..... ja nein
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Strahlentherapie? ja nein
Nehmen Sie Bisphosphonate?..... ja nein
Rauchen Sie, wieviel?..... ja nein
Drogenkonsum..... ja nein
Alkoholkonsum..... oft selten nie

Zu Ihren Zähnen:

Mein Hauptanliegen heute
ist.....
Leiden Sie unter Mundgeruch?..... ja nein
Tragen Sie eine Knirscherschiene..... ja nein
Ist Ihnen Zahnfleischrückgang aufgefallen..... ja nein
Hatten Sie schon mal eine Parodontitisbehandlung?..... ja nein
Wurde bei Ihnen Kieferorthopädie durchgeführt..... ja nein
Sind sie mit Ihrer Zahnfarbe, Ästhetik unzufrieden?..... ja nein
Sind Sie zurzeit in Zahn,- oder ärztlicher Behandlung?..... ja nein
Name des Arztes.....
Zahnärztliche Röntgenbilder in den letzten 2 Jahren ?..... ja nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Röntgenbilder durch das Praxispersonal angefordert werden dürfen. ja nein

Ich bin einverstanden, dass im Falle einer notwendigen Fachkonsultation mein Hausarzt oder Zahnarzt kontaktiert werden darf. ja nein

Für Frauen:

Ich bin Schwanger?..... vielleicht ja nein
Welcher Monat?..... Stillen Sie?..... ja nein

Information zur Anästhesie (örtliche Betäubung)

Eine Anästhesie kann in sehr seltenen Fällen zu Komplikationen führen. Diese können sich folgendermaßen äußern:

1. Kreislaufprobleme (Übelkeit/Ohnmacht)
2. Allergische Reaktionen (Hautauschlag, Schock)
3. vorübergehende oder dauerhafte Nerv- Verletzungen

Ich bin mir der Risiken bewusst, und wünsche mir eine örtliche Betäubung..... ja nein

Durch die Anästhesie kann die Verkehrstauglichkeit beeinträchtigt sein. Die Teilnahme am Straßenverkehr liegt in Ihrer Verantwortung!

Fast geschafft,

Für einen langfristigen Therapieerfolg nach Abschluss einer Behandlung sind teilweise Verlaufskontrollen auch in größeren Abständen sehr wichtig. Dürfen wir sie dazu kontaktieren, um dafür Termine zu vereinbaren?..... ja nein

Sie haben schon einen Termin und möchten diesen nicht versäumen?
Ich möchte gern per E-Mail erinnert werden..... ja nein

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Aus diesem Grund bitten wir Sie, sollten Sie verhindert sein, vereinbarte Termine mindestens **24 Stunden** vorher abzusagen, da wir andernfalls ein Ausfallhonorar in Höhe der geplanten Behandlungsleistungen nach § 615 BGB berechnen müssen, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Hiermit stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten gemäß Art. 6,7 Abs.1 lit. DSGVO für die in der Datenschutzerklärung der Praxis genannten Zwecke zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch Email an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum: _____ Unterschrift: _____

Die allerletzte Frage:

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Internet

Familie/Freunde/Bekannte

sonstiges