

# WILLKOMMEN BEI ZAHNMEDIZIN IM ROSENSTEINVIERTEL

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir, das Praxis-Team, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name   Vorname	Titel
Straße   Hausnummer	Geburtsdatum   Geburtsort
Postleitzahl   Ort	Telefon (privat)
Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.	E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.
Hausarzt *Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.	

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Gesetzlich versichert	Privat versichert	Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?
<input type="checkbox"/> Freiwillig <input type="checkbox"/> Pflicht	<input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

HABEN SIE EINE ZAHNZUSATZVERSICHERUNG?  Ja  Nein

## BEI FAMILIENVERSICHERUNG

Versicherter   Name	Geburtsdatum   Geburtsort
Straße   Hausnummer	Postleitzahl   Ort

## ALLGEMEINE ANAMNESE

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Asthma   Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Diabetes   Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Osteoporoseerkrankung	

Herz- | Kreislaufferkrankungen

<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Endokarditis
<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Herzoperation	

Unverträglichkeiten | Allergien

<input type="checkbox"/> Lokalanästhesie   Spritzen	<input type="checkbox"/> Antibiotika	<input type="checkbox"/> Allergien Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Metalle: _____	<input type="checkbox"/> Liegt ein Allergiepess vor?

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

<input type="checkbox"/> HIV   AIDS	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK)   Varianten CJK
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)	

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

BITTE WENDEN

## ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Zahnschmerzen?            | <input type="checkbox"/> Blutet Ihr Zahnfleisch?   |
| <input type="checkbox"/> Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Mundgeruch?  |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?    | <input type="checkbox"/> Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                           |  |

## SONSTIGE ANGABEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? | Wenn ja, wann? _____                        |
| <input type="checkbox"/> Besteht eine Schwangerschaft?   | Wenn ja, in welchem Monat? _____            |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie?  | Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen Sie?   |   |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?                                   | Wenn ja, welche und seit wann? _____        |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  | Wenn ja, seit wann? _____                   |
| <input type="checkbox"/> Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?                           | Wenn ja, seit wann? _____                   |
| <input type="checkbox"/> Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?                   | Wenn ja, seit wann? _____                   |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie hoch dosierte Steroide   Immunsuppressiva?                 | Wenn ja, seit wann? _____                   |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

## WICHTIGE INFORMATIONEN

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation:

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | \*HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!  
Ihr Team der Praxis HORNJAK ZAHNMEDIZIN IM ROSENSTEINVIERTEL