

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN ANGELIKA RAUCH & KOLLEGEN

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Damit wir Sie optimal betreuen können, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen und bei Ihrem ersten Besuch abzugeben. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

PATIENT

Name / Vorname

Straße

E-Mail

PLZ / Ort

Beruf

Tel. privat

Mobil

Geburtsort

Geburtstag

KRANKENKASSE

Name der Krankenkasse

gesetzlich

privat

Beihilfe, wenn ja welche

zusatzversichert

Basistarif

Mitversichert bei wem ? / Hauptversicherter :

Hauptversicherter Gebutstag

Hauptversicherter Anschrift

HAUSARZT

Name / Vorname

Straße

PLZ / Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM ?

Empfehlung von

Bahnhof Höchst

Fensterfront

Internet

MÖCHTEN SIE AN PROPHYLAXETERMINE (RECALL) ERINNERT WERDEN ?

Ja

Nein

ICH HABE ANGST VOR DER ZAHNBEHANDLUNG

gar nicht

wenig

sehr

HABEN SIE EIN BESONDERES ANLIEGEN ?

Amalgam Entfernung / Ausleitung

Parodontal - Behandlung

Implantat - Beratung

Zahnreinigung

Zahnfarbene Keramik - Inlays

Die Ästhetik meiner Zähne

Schnarchtherapie

Zahnaufhellung / Bleaching

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand möglichst genau informiert zu sein. Eine sorgfältige zahnärztliche Untersuchung beinhaltet, dass wir alle Beschwerden im Rahmen Ihrer Behandlung berücksichtigen. Dabei beschränken wir uns nicht auf Ihre Zähne und Ihren Kiefer. Daher bitten wir Sie, nachfolgende Fragen sorgfältig zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

| ZAHNÄRZTLICHE FRAGEN | JA | NEIN | BEMERKUNGEN |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Haben Sie akute Beschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ist ein Zahn schmerzhaft ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Haben Sie Zahnfleischbluten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Haben Sie Erfahrung mit professioneller Zahnreinigung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Wurden Sie im letzten Jahr im Kopfbereich geröntgt ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

| HABEN SIE FOLGENDE ERKRANKUNGEN ODER SYMPTOME ? | JA | NEIN | BEMERKUNGEN |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Allergien (z.B. Heuschnupfen, Medikamente...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herz / Kreislauf (z.B. Herzinfarkt, Blutdruck,,) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Atemwege / Lunge (z.B. Asthma, Tuberkulose...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Blut (z.B. Gerinnungsstörungen, Nachblutungen bei Op.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Stoffwechsel (z.B. Diabetes, Schilddrüse...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nieren (z.B. Nierensteine, Dialysepflichtigkeit...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Knochen (z.B. Bisphosphonatbehandlung, Osteoporose..) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nerven / Gemüt (z.B. Depressionen, Epilepsie, Angstzustände...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Raucher ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Andere Erkrankungen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schwangerschaft ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Medikamente (z.B. Marcumar, ASS...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

AUFKLÄRUNG ZUR ZAHNÄRZTLICHEN LOKALANÄSTHESIE

Auf Wunsch behandeln wir Sie unter örtlicher Betäubung/Lokalanästhesie. Dies ist in der Regel ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung. Das Medikament wird in die Nähe kleiner Nervenäste platziert. Dabei kann es trotz aller Vorsicht in seltenen Fällen zu folgenden Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten kommen: Allergische Reaktion, Bluterguss/Hämatom durch Verletzung kleiner Blutgefäße, Nervenschädigung mit vorübergehenden bzw. andauernden Gefühlsstörungen im Zungen- oder Lippenbereich, Bissverletzungen der Zunge oder Wange, Beeinträchtigung der Reaktions- u. Konzentrationsfähigkeit/Verkehrstüchtigkeit. Bitte informieren Sie uns im Falle von auftretenden Symptomen sofort, damit eine geeignete Behandlung eingeleitet werden kann.

Die Erfassung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Behandlung stimme ich gemäß der DSGVO zu.

DATUM :

UNTERSCHRIFT :

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Patient/in:

| | |
|----------------|--|
| Name / Vorname | |
| Adresse | |

Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zeitgemäßen und effektiven Patientenbehandlung durch die Praxis Angelika Rauch zu, d.h., dass sich die Praxis Angelika Rauch zur Verarbeitung meiner Daten elektronischer Kommunikationsmittel, wie Email, Fax, bedient; dies betrifft sowohl die Kommunikation zwischen Praxis und Patienten, als auch zwischen Praxis und Dritten, wie Behörden, Versicherungen, Labore, KZV, IT-Dienstleister, patienten- bezogenen Forderungsunternehmen usw. Gegenstand dieser Kommunikation können Daten sein, die dem Arztgeheimnis unterliegen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail 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).

Frankfurt, den

Patient / in
