



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name/Vorname Geburtsdatum

Straße/Nr. PLZ/Ort

Telefon (privat) Telefon (mobil)

Beruf

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein

Zusatzversicherung ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname Geburtsdatum

Straße/Nr. PLZ/Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

Adresse

HINWEISE ZUR TERMINVEREINBARUNG

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

KOSTENHINWEIS

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenzahnärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß den Steigerungssätzen der GOZ.

HINWEISE ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.



MEDIZINISCHE ANAMNESE

Zu Ihrem Herzen – haben oder hatten Sie ...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> einen Herzinfarkt |

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des/der ...

- | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welcher Typ? | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wogegen? | | | |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja nein Wenn ja, gegen welche?

Medikamente: Nehmen Sie ...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate |
| <input type="checkbox"/> andere Medikamente: | |

Für unsere Patientinnen – sind Sie schwanger? ja nein



ZUM SCHLUSS

Knirschen Sie mit den Zähnen / haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Warum suchen Sie uns auf – Wünschen Sie eine/n...

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> andere Gründe: |

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dauerschmerz | <input type="checkbox"/> Zähne reagieren auf süß / sauer |
| <input type="checkbox"/> Manche Zähne sind temperaturempfindlich | <input type="checkbox"/> Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen |
| <input type="checkbox"/> Zähne schmerzen auch ohne Belastung | <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch |
| <input type="checkbox"/> Kieferschmerzen/Kiefergelenkschmerzen | |

Komplikationen der örtlichen Betäubung

Bei der zahnärztlichen Lokalanästhesie kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

- Verletzungen von Gefäßen, Nerven und Schleimhaut durch die Kanüle
- Kanülenbruch
- Verschlucken oder Aspirieren (Einatmen) der Kanüle
- Nebenwirkungen des Anästhetikums (brennender Schmerz oder Schleimhautirritationen)
- Überempfindlichkeitsreaktion/Allergien (Ausschlag, Schwellungen, Schwindelgefühl, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Anaphylaktischer Schock)
- Zeitlich begrenzte Sensibilitätsstörung
- Örtliche Infektionen

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie noch weitere Einzelheiten über die Behandlung oder über mögliche Komplikationen wissen wollen.



ERKLÄRUNG DER PATIENTIN / DES PATIENTEN

Frau ZÄ S. Lotthardt / Dipl.-Stomat. M. Baumgärtel hat mir heute alle möglichen Risiken aufgezeigt. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Über eine vorübergehende Fahruntauglichkeit nach einer Anästhesie wurde ich informiert.

Behandlung von Kindern

Erziehungsberechtigter:

Mutter Vater beide

Kenntnisnahme und Einverständniserklärung

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift (bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG

Kommunikation per E-Mail



ZAHNARZTPRAXIS
Silke Lotthardt

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bieten Ihnen an, Rechnungen und Mahnungen sowie Kostenvoranschläge per E-Mail im PDF-Format zu verschicken. Diese Dokumente sind grundsätzlich den Papierdokumenten gleichgestellt. Dabei müssen wir sie darauf hinweisen, dass wir diese Dokumente lediglich mit einer Transportverschlüsselung geschützt versenden.

Bei der Transportverschlüsselung wird zwischen dem E-Mail-Programm und dem Server eine Verbindung aufgebaut und diese z. B. gemäß dem weit verbreiteten Protokoll „Transport Layer Security“ (TLS) verschlüsselt. Alle Daten, die zwischen beiden Kommunikationspartnern ausgetauscht werden, sind dann während des Versands verschlüsselt. Die E-Mail wird beim Versand über unterschiedliche Knotenpunkte im Web zum Empfänger oder der Empfängerin weitergeleitet und ist an diesen Punkten und dazwischen nicht unbedingt verschlüsselt. Sowohl beim E-Mail-Anbieter als auch an den Knotenpunkten des Versands liegt die E-Mail dann im Klartext vor.

Eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung bei der die E-Mail selbst verschlüsselt wird, können wir Ihnen auf Grund der damit verbundenen technischen Aufwände nicht anbieten.

Die Übermittlung von Daten per E-Mail enthält stets das Risiko, dass diese Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden könnten.

Möchten sie unter Berücksichtigung der genannten Aspekte Dokumente per E-Mail von uns erhalten, füllen Sie bitte diese Einverständniserklärung vollständig aus.

E-Mail

- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben und werde Ihnen umgehend Änderungen mitteilen. Bis zum Widerruf dieser Erklärung erhalte ich Rechnungen, Mahnungen und Kostenvoranschläge ausschließlich per E-Mail im PDF-Format.
- Ich willige darin ein, dass meine in der Rechnung niedergelegten persönlichen Daten per E-Mail an mich übersendet und somit verarbeitet werden. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zu dem Zweck, Rechnungen, Mahnungen und Kostenvoranschläge an mich zu übersenden. Sollten diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden, entbinde ich die Praxis diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Ort

Unterschrift