

Patientenerhebungsbogen für die zahnärztliche Behandlung

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

wir freuen uns, Sie bei uns als Patient begrüßen zu dürfen. Vor einer Behandlung benötigen wir noch einige Informationen von Ihnen, da verschiedene Erkrankungen, Vorbehandlungen oder Medikationen Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen können.

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und beachten Sie auch unsere abschließenden Hinweise.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____, geb. am _____

Anschrift: _____, Telefon _____

E-Mail: _____

Beruf: _____, ggf. Versicherter _____

Hausarzt: _____

Für Patientinnen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung? _____

In welcher Praxis? _____

Wurden innerhalb der letzten 12 Monate dort aktuelle Röntgenaufnahmen erstellt? Ja Nein

Haben oder hatten Sie Probleme nach dem „Einspritzen“ (Lokalanästhesie) Ja Nein

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein

Möchten Sie unseren unseren kostenfreien Service nutzen, regelmäßig an ihre

Vorsorgeuntersuchungen erinnert zu werden (Recall)? Ja Nein

Neigen Sie zur Ohnmacht ? Ja Nein

Bitte wenden!

Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck ? zu hohen zu niedrigen Nein

Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen ? Ja Nein

Haben / hatten Sie Herzerkrankungen oder Herzoperationen ? Falls ja, welche und wann ?

Ja, _____ Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher ? Ja, seit _____ Nein

Benötigen Sie vor „blutigen Eingriffen“ ein Antibiotikum zur Endokarditisprophylaxe?

(z.B. zur Vorbeugung von Herzinnenwandentzündungen) Ja Nein

Wurden oder werden Sie mit Medikamenten mit Bisphosphonaten behandelt

(z.B. in der Osteoporosetherapie oder in der Krebstherapie)? Ja, bis _____ Nein

Leiden Sie unter:

- Zuckerkrankheit (Diabetes) ? Ja Nein
 - Blutgerinnungsstörung ? (auch Medikamente zur „Blutverdünnung“) Ja Nein
 - Hepatitis ? Andere Lebererkrankung ? Ja Nein
 - Nierenerkrankungen ? Ja Nein
 - Schilddrüsenerkrankungen ? Ja Nein
 - Rheuma ? Ja Nein
 - Lungenerkrankungen (z.B. Asthma) ? Ja Nein
 - Magen-Darm-Erkrankungen ? Ja Nein
 - Nervenerkrankungen ? Ja Nein
 - Anfallsleiden (Epilepsie) ? Ja Nein
 - Immunschwäche (HIV positiv) ? Ja Nein
 - Krebserkrankungen? Ja Nein
 - Allergien ? Ja Nein
- falls ja, auf welche Stoffe? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Hier können Sie noch nicht erwähnte Erkrankungen anfügen oder Erläuterungen zu bestehenden

Erkrankungen machen: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht ? Welche? _____

Wir möchten Sie noch auf folgendes hinweisen:

Im Rahmen der Behandlung von Patienten erheben wir Daten zu Ihrer Person, zu Ihrem Versichertenstatus, sowie Gesundheitsdaten (Zustand/Therapie/Abrechnung). Diese Daten werden gemäß der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt (DS-GVO). Bitte informieren Sie sich anhand des ausliegenden Flyers über die Art der erhobenen Daten und deren Verarbeitung sowie Ihre Betroffenenrechte gem. DS-GVO.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt in der Regel nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung (BEMA) oder der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), dennoch kann nicht gewährleistet werden, dass Erstattungsstellen Gebührenpositionen vollständig erstatten (Unterschied Berechnungsfähigkeit-Erstattungsfähigkeit). Dies hat leider keinen Einfluss auf die Fälligkeit einer Rechnung.

Die Praxis wird mit einem Bestellsystem geführt, d. h. das Team wird sich immer bemühen, die Wartezeit zu Ihrem Bestelltermin so gering wie möglich zu halten. Um dies zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Nicht abgesagte Termine können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

Ich habe die Angaben nach bestem Wissen vervollständigt und die Hinweise zur Kenntnis genommen und verstanden.

Bad Windsheim, den _____

Unterschrift