



Patientenbogen Erwachsene

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht geltend machen zu können.

Bestellpraxis - Hinweis zur Organisation: Wir werden falls notwendig gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. **Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht mind. 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach GOZ berechnet werden müssen.**

Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der Zahnarztpraxis Jennifer Ann Kusch weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

Patient/in

Name: _____ Krankenkasse: _____
Vorname: _____ E-Mail: _____
Straße, Nr.: _____ Mobil: _____
PLZ/Ort: _____ Tel. privat: _____
Geb. Datum: _____ Tel. gesch.: _____
Geburtsort: _____

Versicherte/r (falls abweichend)

Name: _____ Krankenkasse _____
Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Straße, Nr.: _____ Tel. privat: _____
PLZ/Ort: _____ Tel. gesch.: _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert Zusatzversicherung für zahnärztl. Leistungen Beihilfe
 privat voll-versichert Basistarif einer privaten Versicherung freiwillig gesetzlich versichert

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Recall-/Erinnerungssystem

Möchten Sie in unser Recall-Programm (via SMS) aufgenommen werden? ja nein

Ich habe Interesse an...

- Implantaten Hochwertigem Zahnersatz Amalgamentfernung Prophylaxe
 Laserbehandlung Ästhetische Zahnheilkunde Schnarcherschiene Mundgeruchsprechstunde
 Bleaching Parodontalbehandlung Kiefergelenksbehandlung Lachgasbehandlung
 Sonstiges: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Drucksachen: Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.), welche? _____

Internet: Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____

Google Internetseite der Praxis Facebook

Sonstiges: Fensterwerbung Wohngebiet Buswerbung Radiowerbung

Empfehlung durch: _____

Name

Grund Ihres Besuches

Zahnschmerzen ja nein Mundgeruch ja nein
Zahnfleischbluten ja nein Pressen/Knirschen der Zähne ja nein
Schnarchen ja nein Kopfschmerzen/Nackenschmerzen ja nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein
Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, welche Woche? _____

Leiden Sie oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Herz/Kreislauf Herzinfarkt hoher/niedriger Blutdruck
 Herzschrittmacher Herzklappe tierisch/mechanisch

Gefäße Schlaganfall
 Gerinnungsstörungen Welcher Art? _____

Stoffwechsel/Zuckerkrankheit Schilddrüsenerkrankung Diabetes mellitus

ansteckende Erkrankung Hepatitis A/B/C AIDS/HIV

Atemwege/Lunge Asthma

Nerven/Gemüt Krampfanfälle/Epilepsie

Allergie/Überempfindlichkeit ja nein Wenn ja, welche? _____

Knochen Osteoporose

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? _____

Medikamenteneinnahme

Haben Sie jemals Bisphosphonate (z. B. Actonel, Zoneta®, Fosamax®, Bonviva) eingenommen? ja nein
Nehmen Sie derzeit Medikamente zu sich? Wenn ja, welche? _____

Gerinnungshemmende Medikamente dauerhaft in den letzten Tagen

Aspirin (ASS), letzte 10 Tage Marcumar, Xarelto, Eliquis, Plavix

Rauchen Sie? ja nein

Leiden Sie unter Würgereiz? ja nein

Angst vorm Zahnarzt? ja nein

Aufklärung über Risiken bei Leitungsanästhesie im Unterkiefer

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, Sie darüber aufzuklären, dass in seltenen Fällen die Gefahr besteht, dass beim Einstechen der Nadel der nervus mandibularis oder nervus lingualis reversibel oder irreversibel geschädigt werden kann. Das äußert sich nach Nachlassen der Anästhesie durch anhaltendes Kribbeln oder in vorübergehender teilweiser oder vollständiger Taubheit im Anästhesiebereich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen.

In Ihrem Interesse bitten wir Sie, uns jegliche gesundheitlichen Veränderungen und veränderte Medikamenteneinnahme mitzuteilen.

Die gesundheitlichen Risiken müssen alle 12 Monate überprüft und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass

- ich die Erklärungen auf diesem Patientenbogen verstanden habe. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

- ich vor der Einwilligung darauf hingewiesen wurde, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich (E-Mail reicht) zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.

- mir die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis Jennifer Ann Kusch zur Verfügung gestellt wurde. Ich habe diese zur Kenntnis genommen und mich entschieden, keine eigene Ausführung mitzunehmen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis (und auf der Website der Praxis) einsehen kann.

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift