

Liebe Patienten,

willkommen im Zahnzentrum Mühlheim in Mühlheim am Main.

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Bevor wir uns aber mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und **so genau** wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.

Wir bitten Sie, auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mitzuteilen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben unter der ärztlichen Schweigepflicht.

I

Persönliche Angaben

KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

Name, Vorname _____ m w d

Geb-Datum _____ Geb-Ort _____

Strasse und Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____ E-Mail _____

Tel. privat _____ Mobil _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____ Tel. beruflich _____

Hausarzt _____ Tel. _____

ICH BIN

gesetzlich versichert

privat versichert

privat zusatzversichert

beihilfeberechtigt

Basistarif

KONTAKTDATEN des HAUPTVERSICHERTEN

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Strasse und Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____ E-Mail _____

II

Ihr Anliegen

WAS IST DER GRUND IHRES BESUCHES?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Knirschen |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung | <input type="checkbox"/> Ästhetische Wünsche |

III

Allgemeine Gesundheitsfragen

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein

Herzschrittmacher / künstl. Herzklappe? Ja Nein

Wurde Ihnen Endoprothesen bzw. Implantate eingesetzt?
Z.B. Hüfte, Knie, Herzklappe, Herzschrittmacher, Stents.
Wenn ja, welche _____

Angina Pectoris? Ja Nein

Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein

Angeborener Herzfehler? Ja Nein

Sonstiges? Ja Nein

KREISLAUFERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck? Ja Nein

Niedriger Blutdruck? Ja Nein

Sonstiges? Ja Nein

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis (A/B/C)? Ja Nein

Tuberkulose? Ja Nein

HIV? Ja Nein

Covid-19? Ja Nein

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes? Ja Nein
Insulinpflichtig? Ja Nein
HbA1c-Wert? _____

Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Nierenerkrankungen? Ja Nein

Magen- / Darmerkrankungen? Ja Nein

Morbus Crohn? Ja Nein

Colitis ulcerosa? Ja Nein

Lebererkrankungen? Ja Nein

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptische Anfälle? Ja Nein

Depressionen? Ja Nein

SONSTIGE ERKRANKUNGEN UND ANGABEN

Rheuma? Ja Nein

Multiple Sklerose? Ja Nein

Lungenerkrankungen?
(Asthma, Embolie) Ja Nein

Nasen-/
Nebenhöhlenerkrankungen? Ja Nein

grauer / grüner Star? Ja Nein

Sonstige Erkrankungen?
Wenn ja, welche _____

IV **Spezielle Gesundheitsfragen**

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmässige Medikamente? Ja Nein
 Wann? _____ Welchem Präparat? _____
 (z.B. Alendron(säure), Bonviva®, Bondronat®, Actonel®,
 Fosavance®, Fosamax®, Zometa®, Zoledron(säure), Aredia®,
 Aclesta®, Pamidron(säure), Prolia®, XGEVA®)

Nehmen Sie Blutverdünner? Ja Nein
 Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.
 Aspirin®/ASS® Brilique®/Ticagrelor
 Marcumar®/Falithrom®/Phenprocoumon
 Plavix®/Iscover®/Clopidogrel Ticlopidin
 Pradaxa® Xarelto® Eliquis®
 oder _____

Nemen Sie Medikamente gegen Osteoporose
 Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein? Ja Nein

Nemen Sie oder haben Sie
 Bisphosphonate ein- / genommen? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Chemo- /
 Strahlentherapie durchgeführt? Ja Nein

FÜR DIE WEIBLICHEN PATIENTEN

Sind Sie schwanger? Ja Nein

ALLERGIEN

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer
 Überempfindlichkeit oder Allergien gegen
 bestimmte Materialien oder Medikamente?
 Wenn ja, gegen welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Konsumieren Sie regelmässig Alkohol
 oder andere Rauschmittel? Ja Nein

Konsumieren Sie Aufputsch- oder
 oder andere Beruhigungsmittel?
 Wenn ja, gegen welche?

Hatten Sie schon ungewöhnliche Reaktionen
 auf zahnärztliche Behandlungsmassnahmen
 z.B. bei

Spritzen

Medikamenten

welche? _____

Haben Sie eine PZR-Flatrate? Ja Nein

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.

Datum: _____

Unterschrift: _____



Alle Hinweise auf Vor- und Begleiterkrankungen unterliegen der strikten Schweigepflicht des Zahnarztes und seiner Mitarbeiter.

Bitte weisen Sie, wenn Sie organtransplantiert oder HIV-Positiv sind oder zu einer dieser Risikogruppen gehören, den Zahnarzt darauf hin.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Behandlung durch Ihren Zahnarzt bedarf Ihrer Einwilligung. Dazu müssen Sie wissen, welche Behandlungsmaßnahmen der Zahnarzt aufgrund seiner Untersuchung plant und welche anderen Behandlungsmaßnahmen in Betracht kämen. Bitte fragen Sie Ihren Zahnarzt, wenn Sie eine nähere Aufklärung wünschen.

Mögliche – sehr seltene – Komplikationen:

Die folgenden Hinweise beziehen sich auf alltägliche Behandlungsmaßnahmen, über spezielle, operative Maßnahmen werden Sie gesondert aufgeklärt.

Trotz aller Sorgfalt durch den Zahnarzt kann es zu Komplikationen kommen.

Die Wichtigsten werden nachstehend aufgeführt:

Schmerzhafte Behandlungen werden meist in örtlicher Betäubung durchgeführt.

In seltenen Fällen kann durch die Einspritzung ein Nerv geschädigt werden.

Die dadurch länger andauernde Gefühlslosigkeit im betäubten Bereich bildet sich in der Regel zurück.

Selten sind schwerwiegende Unverträglichkeits- und Überempfindlichkeitsreaktion auf das Betäubungsmittel im Bereich von Herz und Kreislauf.

Die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr ist nach einer Betäubung beeinträchtigt.

Sie sollten im Anschluss einer Behandlung nicht am Straßenverkehr teilnehmen, für mindestens 2-3 Stunden.

Nachblutungen kommen durch örtliche Behandlungsmaßnahmen meist schnell zum Stehen.

Komplikationen können sich jedoch bei Blutgerinnungsstörungen ergeben.

Datenschutzbelehrung des Zahnzentrum Mühlheim:

Die Zahnarztpraxis darf personenbezogene Daten von Ihnen in der Praxis erheben, verarbeiten, nutzen und weiterleiten. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bereit, dass wir Ihre Daten, wenn es durch den Behandlungsfall notwendig ist, z.B. an das Zahnlabor, die Kieferchirurgie, das Krankenhaus, die Krankenkasse oder an einen Gutachter weitergeben dürfen.

Die personenbezogenen Daten werden fristgerecht aufbewahrt und vernichtet.

(Art. 7, Abs. 3, Satz 2, DSGVO)

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Versicherten

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, es uns **48 Stunden** vorher mitzuteilen.