

## Patientenauskunft zum aktuellen Gesundheitszustand

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie heute zum ersten Mal zu uns in die Praxis kommen, geben Sie uns bitte die im Folgenden gewünschten Auskünfte, damit wir uns einen Überblick über Ihren aktuellen Gesundheitszustand verschaffen können. So wissen wir gleich, worauf wir bei Ihrer individuellen zahnmedizinischen Behandlung achten sollten. Bitte geben Sie auch Ihre persönlichen (Kontakt-)Daten an.

Sind Sie hingegen schon als Patient bei uns in Behandlung, bitten wir Sie heute erneut um die untenstehenden Auskünfte, um Sie auch weiterhin medizinisch individuell betreuen zu können. Bitte geben Sie Ihre persönlichen (Kontakt-)Daten auch an, wenn sich daran nichts geändert hat.

**Patient:** Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum/-ort .....

**Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter** (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):

Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum/-ort .....

Straße ..... Tel. .... mobil .....

PLZ ..... Ort ..... E-Mail .....

gesetzlich versichert       privat versichert       Zusatzversicherungen       Beihilfe

**Diesen Kasten bitte nur ausfüllen, wenn Sie schon vor dem heutigen Termin in unserer Praxis in Behandlung waren:**

Es hat sich an meinem Gesundheitszustand nichts geändert.

Folgendes hat sich an meinem Gesundheitszustand in letzter Zeit geändert: .....

Meine Ernährung ist       „normal“       gesund und ausgewogen       unausgewogen  
 Nichtraucher       Raucher       pro Tag 1–10 Zigaretten       über 10 Zigaretten  
Alkohol trinke ich       regelmäßig       selten       nie  
 Ich nehme keine Medikamente  
 Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente/Präparate ein (bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel sowie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z. B. Osteoporose, sog. Bisphosphonate, an):  
.....

Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z. B. Antibiotika)?  ja     nein    Wenn ja, welche? .....

Ich bin zurzeit in ärztlicher Behandlung wegen: .....

**Ich leide an folgenden Krankheiten:**

<input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Allergien gegen: .....	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (z. B. „grüner Star“)	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Gemütsleiden, Depressionen
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nervenleiden (z. B. Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Kreislauf- und Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems	
<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen (ggf. Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen .....	
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis B/C, HIV, Tbc, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: .....	Welche: .....	

Existieren Zahn-/Kiefer-Röntgenbilder jüngerer Datums?  ja       nein

Sind Sie schwanger?       ja       nein       weiß nicht

Ich bin mit meinen Zähnen       sehr zufrieden       zufrieden       unzufrieden       völlig unzufrieden

Ich habe Zahnfleischbluten       ja       nein       manchmal

Ich leide unter Mundgeruch       ja       nein       manchmal

Ich beobachte Zahnlockerungen       ja       nein

Ich knirsche mit den Zähnen       ja       nein       manchmal

**! Patienteneinwilligung zum Datenschutz, siehe Rückseite**

Datum ..... Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter .....

Lieber Patient, unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies erspart Ihnen unnötige lange Wartezeiten. Sollten Sie Termine nicht einhalten können, sagen Sie diese bitte 24 Stunden vorher ab. Zusätzlich haben wir in unserer Praxis ein Erinnerungssystem für Ihre Kontrolltermine eingerichtet. Deshalb kreuzen Sie bitte an, ob Sie es in Anspruch nehmen und von uns regelmäßig an Ihre Kontrolltermine erinnert werden möchten:

ja     nein    ~~Wenn ja, wie?  telefonisch  per Post  SMS  Mail~~

an folgende Adresse: .....

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Erlaubnis, Sie an Termine zu erinnern.

Datum ..... Unterschrift .....

**Mehr Sicherheit durch regelmäßige Anamnese!**

**Bisherige Anamnesen erbracht in (wird vom Praxisteam eingetragen):**

20 .....     20 .....     20 .....     20 .....     20 .....     20 .....

1007024507

*Liebe Patientin, lieber Patient,*

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Rontgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung fur die Zukunft widerrufen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter