

Anmeldung und Fragen zu Ihrer Gesundheit

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe.

Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können.

Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes ebenfalls mit.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.



Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlungsdokumentation und Abrechnung zu.

Sie werden darauf hingewiesen, dass Sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihr jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Weitere Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten (Datenschutzerklärung) werden Ihnen in der Praxis ausgehändigt und liegen zusätzlich in der Praxis aus.

Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____

Geb. Datum _____

Adresse _____

Telefonnummer/Handy _____

Beruf _____

Krankenkasse _____ beihilfeberechtigt JA / NEIN

Bei Minderjährigen: Name des Versicherten (Eltern)

Geb. Datum _____

ggf. abweichende Adresse _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Empfehlung Informationsabend Flyer sonstige

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch und die Zahnprophylaxe? JA NEIN

Des Weiteren bieten wir Ihnen zur Erinnerung an Ihre Zahnarzttermine einen **kostenfreien SMS- Erinnerungsservice** an, wenn Sie uns Ihre Mobiltelefonnummer mitteilen. Da wir die Zustellung der SMS aus technischen Gründen nicht garantieren können, möchten wir Sie jedoch darauf hinweisen, dass Ihr vereinbarter Termin auch ohne diese SMS verbindlich ist.

Möchten Sie diesen Erinnerungsservice in Anspruch nehmen? JA NEIN

Bitte beachten Sie, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine Ausfallzeiten und somit Kosten verursachen, die wir Ihnen in Rechnung stellen können.

Um Unannehmlichkeiten zu vermeiden, bitten wir Sie daher, Ihre Termine **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen.

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Herz	Ja	Nein	Innere Organe	Ja	Nein
Bluthochdruck			Diabetes Typ 1 / Typ 2		
Herz-Kreislaufkrankungen			Schilddrüsenerkrankung		
Herzschrittmacher			Magenerkrankung		
künstliche Herzklappe, etc.			Sodbrennen		
Herzpass			Nierenerkrankung /Dialyse		
			Darmerkrankung; Lebererkrankung		
Lunge	Ja	Nein	Immunsystem / Blut	Ja	Nein
Asthma, Tuberkulose			Hepatitis		
Schnarchen Sie?			HIV		
Schlafapnoe			MRSA (Krankenhauskeim)		
Heuschnupfen			Einnahme von Cortison		
Rauchen Sie? Wieviel?			Blutgerinnungsstörung		

Allergie	Ja	Nein	Welche?	Ja	Nein
Allergie auf Schmerzmittel					
Allergie auf Antibiotika					
Allergie auf Werkstoffe					
Knochen / Gelenke	Ja	Nein		Ja	Nein
Rückenschmerzen			grauer Star		
Gelenkerkrankung			grüner Star (Glaukom); hoher Augeninnendruck		
künstliche Gelenke			Häufige Kopfschmerzen		
Osteoporose			Epilepsie		
Krebs/Tumorbehandlung _____ wann?			psychische Erkrankungen/ Depressionen / Angstzustände		

weitere Erkrankungen oder Behinderungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (z.B. Blutverdünner, Bisphosphonate)
Wenn ja, welche?

Mein Hausarzt (für eventuelle Rückfragen zu Medikamenten oder bei großen Eingriffen): Name, Adresse, Telefonnummer

Für unsere Patientinnen:

Sind sie momentan schwanger? o JA / o NEIN Schwangerschaftswoche _____

Röntgen: Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen des Kiefers / der Zähne angefertigt?
O JA / O NEIN Wenn ja, Wann? _____

Hiermit bestätige ich, alle Fragen zu meiner Gesundheit nach aktuell bestem Wissen beantwortet zu haben.

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht für die Weitergabe von Unterlagen an den Zahnarzt

Hiermit entbinde ich die Praxis für Zahnheilkunde A. Beckmann & Dr. C. Krück von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, etc.) an den mich überweisenden Zahnarzt übersandt werden. Ich erkläre mich des Weiteren damit einverstanden, dass dem überweisenden Zahnarzt bzw. der **Praxis für Zahnheilkunde A. Beckmann & Dr. C. Krück** auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung sowie bestehende Unterlagen erteilt werden. Dies beinhaltet die Anforderung von Röntgenbildern etc.

Berlin, _____ Unterschrift _____

Datum	Unterschrift

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraaligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht auszuschließen.

<p>Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskel in Folge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in äußerst seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen.</p>	<p>Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher nach der Betäubung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.</p>
<p>Nervenschädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende und dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem Injektionen im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, die Unterkiefer- oder die Lippenregion betroffen sein können. Sollte das Taubheitsgefühl nach 24 Stunden nicht vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.</p>	<p>Selbstverletzung: Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.</p>

Ich habe die Aufklärung verstanden, meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Berlin, _____ Unterschrift _____