

Zentrum für Zahnheilkunde

MICHENDORF

Sehr geehrte Patienten (w/m/d),
für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden datenschutzkonform verschlüsselt übermittelt.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch im Zentrum für Zahnheilkunde Michendorf.

Patientenkontaktdaten

_____	_____	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Name, Vorname	Geburtsdatum	
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Telefonnummer
_____	_____	
E-Mail	Beruf	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Googlesuche
- Homepage
- im Vorbeigehen

Empfehlung durch:

- Bekannte / Freunde / Familie
- Jameda
- Social Media (wenn ja, welcher Kanal?)

- Sonstige: _____

Angaben zu Ihrer Versicherung:

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- Selbstzahler

Beihilfe

- Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

- Ja Nein



Allergien und Unverträglichkeiten

Vertragen Sie bestimmte Schmerzmittel nicht?
(z.B. Ibuprofen, Paracetamol, Novamin)

- Ja, Welche? _____
 Nein

Reagieren Sie allergisch auf Antibiotika?
(z.B. Penicillin, Clindamycin, Metronidazol)

- Ja, Welche? _____
 Nein

Gab es Komplikationen bei Lokalanästhesien?
(Spritzen)

- Ja, Welche? _____
 Nein

Gibt es weitere Allergien oder Unverträglichkeiten?

- Ja, Welche? _____
 Nein

Herz-/Kreislaufkrankungen

Leiden Sie an hohem Blutdruck?

- Ja Nein

Leiden Sie an niedrigem Blutdruck?

- Ja Nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt?

- Ja, Wann? _____
 Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

- Ja Nein

Haben Sie eine künstliche Herzklappe?

- Ja Nein

Haben / Hatten Sie andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

- Ja, Welche? _____
 Nein

Blutgerinnung

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?
(z.B. ASS®, Marcumar®, Plavix®, Eliquis®, Xarelto®)

- Ja, Welche? _____
 Nein

Infektionskrankheiten:

Haben Sie eine HIV-Infektion (AIDS)?

- Ja Nein

Haben Sie Hepatitis?

- Ja Nein

Haben Sie Tuberkulose (Tbc)?

- Ja Nein

Haben Sie andere Infektionskrankheiten?

- Ja, Welche? _____
 Nein

Stoffwechselerkrankungen:

Haben Sie Diabetes mellitus?

- Ja HbA1c-Wert _____
 Nein



Haben Sie Osteoporose?

- Ja Nein

Weitere Erkrankungen:

Leiden Sie unter Asthma?

- Ja Nein

Haben Sie andere Lungenerkrankungen?
(z.B. COPD)

- Ja, Welche? _____
 Nein

Liegt bei Ihnen ein Grüner Star vor?

- Ja Nein

Haben Sie Magen-Darm-Erkrankungen?

- Ja Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

- Ja Nein

Leiden Sie an Epilepsie? (Anfallsleiden)

- Ja Nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung?

- Ja Nein

Haben Sie eine Krebserkrankung?

- Ja, Welche? _____
 Nein

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen
(z.B. Depressionen o.ä.)

- Ja, Welchen? _____
 Nein

Haben Sie weitere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?

- Ja, Welche? _____
 Nein

Röntgen

Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?

- Wenn ja, wann? _____ Monat/Jahr
 Nein

Einnahme von Medikamenten:

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Krebstherapie / Osteoporose
(Aclasta®, Actonel®, Bonviva®, Fosamax®, Fosavance®, Zometa®)

- Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig oder derzeit Medikamente ein?

(z.B. Augentropfen oder Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®, Psychopharmaka, Antidiabetika, freiverkäufliche Präparate)

- Ja, Welche? _____
 Nein

Tabakkonsum

Rauchen Sie?

- Ja , Wie viel pro Tag? _____
 Nein

Drogenkonsum?

- Ja, Welche? _____
 Nein



Für Frauen:

Nehmen Sie Kontrazeptiva? (Die Pille?)

Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja, in der ____ Woche Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

Allgemeines:

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Zahnärztliche Kontrolluntersuchung?

Ja Nein

Professionelle Zahnreinigung?

Ja Nein

Haben Sie Zahnschmerzen?

Ja Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Ja Nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Ja Nein

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?

Ja Nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?

Ja Nein

Haben Sie Mundgeruch bemerkt?

Ja Nein

Beratungswünsche:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Zähnen?

Nennen Sie eine Zahl zwischen 1 (sehr unzufrieden) und 10 (äußerst zufrieden)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☹️ ☺️ 😊

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Zahnfleischbehandlung / Parodontitistherapie
- Professionelle Zahnreinigung / Prophylaxe
- Zahnersatz
- Schöneres Lächeln, Ästhetische Zahnheilkunde
- Zahnbegradigung / Kieferorthopädie / Aligner
- Amalgamaustausch / -alternativen
- Komplettsanierung des Gebisses
- Wurzelkanalbehandlung
- Kiefergelenksbehandlung (CMD)
- Implantate
- Schnarchproblematik / Atmungsstörung
- Bleaching (Zahnaufhellung)

Sonstiges: _____



Recall:

Die Erinnerung an regelmäßige Termine wünsche ich (verschlüsselt DSGVO-konform)

per SMS per E-Mail per WhatsApp

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System (Erinnerungen) einverstanden.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniklabor in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Ja Nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Für Eltern:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei meinem Kind die zahnärztliche Röntgenuntersuchung durchgeführt werden darf.

Hiermit erkläre ich, dass zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind / der zu betreuenden Person _____ einschließlich der Anwendung notwendiger oder empfehlenswerter Lokalanästhesien oder sonstiger Diagnostiken durchgeführt werden können.

Ort / Datum

Unterschrift Patient*in

Ggf. gesetzliche Vertretung / Vormund



Ihr Einverständnis:

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit einer kostenfreien, sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben. Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Land Brandenburg oder anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichtete mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Bestätigung Ausfallhonorar:

Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine vereinbarten Behandlungstermine einzuhalten sind. Mir ist bekannt, dass diese Termine extra für mich freigehalten werden und dass es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich im Fall einer Verhinderung rechtzeitig – d. h. spätestens 24 Stunden vor diesem Termin absage, damit noch die Möglichkeit besteht, einen Ersatzpatienten einzubestellen.

Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir bekannt, dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Dies gilt für alle Termine, die mehr als 30 Minuten Behandlungszeit beanspruchen.

Ab 30 Minuten – 50,00 Euro

Ab 60 Minuten – 100,00 Euro

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

Ort / Datum

Unterschrift Patient*in

Ggf. gesetzliche Vertretung / Vormund