



Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Dieser Bogen berücksichtigt die europäischen Datenschutzrichtlinien nach der DSGVO.

grüne Felder sind Pflichtfelder

graue Felder sind freiwillig

Patient	Name .....	Vorname .....	geb. ....
Mitglied	Name .....	Vorname .....	geb. ....
Anschrift	Straße .....	Nr. ....	
	PLZ .....	Ort .....	Tel. ....
	Handy .....	e-mail .....	Fax .....
Beruf Arbeitgeber	Beruf .....	Arbeitgeber .....	Tel. ....
Anschrift des Arbeitgebers .....			
Versicherung gesetzlich	.....	Versicherung privat	.....
Zusatzversicherung:	.....	Beihilfe: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Basistarif: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
			Pflegegrad ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5

### Wichtige Hinweise

- Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung nicht mehr fahrtüchtig sein können.
- Bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes, oder eine Schwangerschaft unaufgefordert vor der Behandlung mitteilen.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Praxis nach dem "Bestellsystem" geführt wird. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden daher in Rechnung gestellt!**

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von .....	Sonstiges (Internet, Telefonbuch, ...)
Überweisung von .....	.....

Haben Sie ein akutes zahnmedizinisches Problem? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Blutverdünnungsmittel: ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name des Arztes: .....	Bisphosphonate: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	andere: .....

### Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:

Allergien ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes) - Typ ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Herzklappenersatz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	andere .....
M. Parkinson ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Augenerkrankung (z. B. erhöhter Augendruck, ...) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	HIV ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Gelbsucht) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	andere .....
Osteoporose (Medikamente) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rheumaerkrankungen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Tumorerkrankungen - wenn ja, welche? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

### Weitere Fragen (wenn ja, bitte Arzt ansprechen)

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Verursachen Ihre Kiefergelenke Geräusche/Schmerzen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name des Arztes: .....	Sind einzelne Zähne empfindlich (Aufbeißen, Heiß-/Kalt-Schmerz)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie im letzten Jahr geröntgt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Können Sie auch harte Speisen kauen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie mit Farbe, Form und Stellung Ihrer Zähne zufrieden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wieviel? ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Trinken Sie Alkohol? Wieviel? ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Kopfverletzungen - Wann? ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter Tinnitus? Seit wann? ..... ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	



## Ich erkläre mich einverstanden,

dass im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlung durch meinen Zahnarzt personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden und meine Daten nach Beendigung der Behandlung solange aufbewahrt werden, wie es den gesetzlichen Vorschriften entspricht (zehn Jahre). Auch danach werden meine personenbezogenen Daten nur auf Anforderung gelöscht.

Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerruflich. Eine weitere Behandlung ist dann nicht mehr möglich.

## Wir machen darauf aufmerksam,

dass Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung von der KZVB herangezogen werden können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

**Ich entbinde** alle in der Praxisgemeinschaft f16 Zahngesundheit Tätigen untereinander und gegenüber folgenden Personen oder Personengruppen, auch im Rahmen von obengenannten Punkten, von der ärztlichen Schweigepflicht:

### Ärzte und gesetzl./priv. Krankenversicherungen

- Zahnarzt Rolf-Thilo Krause • Dr. Ulrich Hagel • Zahnarzt Florian Lindauer • Dr. Roland Prinzing
- Zahnärztin Noemi Tamasy • Zahnärztin Justyna Galeja

### Heilberufe und Labore

- Lindauer Zahntechnik GmbH, Filchnerstr. 16, 89232 Neu-Ulm • Neumayer Zahntechnik GmbH & Co. KG, Jerg-Wieland Str. 1, 89081 Ulm-Lehr • Dentallabor Eggstein, Hauptstraße 11, 89173 Lonsee

### Andere Personen (Betreuer, Angehörige)

## Ich erkläre mich einverstanden,

dass auf meinen Wunsch Informationen (Befunde, Röntgenaufnahmen, Rezepte, u.a.) per E-mail an oben genannte Personengruppen übermittelt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübermittlung sein kann.

ja  nein

## Ich erkläre mich einverstanden,

für die Zahnvorsorge kontaktiert zu werden

ja  nein

per:                                      Telefon                                       SMS                                       E-mail                                       Brief

## Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Das mir ausgehändigte Infoblatt zur Lokalanästhesie habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

ja  nein

Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

ja

Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

ja

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

ja

(Vom Zahnarzt auszufüllen) Insbesondere wurden folgende Punkte angesprochen:

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

### Behandlungsphilosophie:

Ich möchte möglichst kostengünstig, soweit möglich innerhalb meiner Bezuschussungsrichtlinien, versorgt werden, auch wenn dies manche modernen Behandlungsmethoden ausgrenzt. Bitte klären Sie mich über die wichtigsten Einschränkungen auf.

Ich wünsche mir im Rahmen meiner Möglichkeiten eine moderne Betreuung durch Ihre Praxis. Ich bin bereit, für eine über die Bezuschussungsrichtlinien hinausgehende Untersuchung, Diagnose + ausführliche Beratung privat zuzuzahlen. Dafür möchte ich einen auf mich individuell zugeschnittenen Behandlungsplan unter wirtschaftlichen und fachlichen Kriterien. Am wichtigsten ist mir

Funktion   Ästhetik

Ich wünsche mir von Ihnen eine Betreuung und Behandlung nach allen Regeln der Kunst. Ich möchte über die entstehenden Kosten vorab informiert sein, um die Bezuschussung mit meinem Kostenträger abzuklären.

### Ihr Hauptanliegen:

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in