



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihnen eine optimale Behandlung anbieten zu können, ist es für uns wichtig Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu kennen. Hierfür bitten wir Sie den vorliegenden Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Patient/in _____

Name Vorname Geburtsdatum Beruf

Adresse _____

PLZ Wohnort Straße (Mobil-) Telefon

E-Mail Adresse _____

Versicherung _____ Mitglied Familienmitglied Rentner freiwillig vers. Beihilfeber.

ggf. Versicherte/r _____

Name Vorname Geburtsdatum

Adresse _____

PLZ Wohnort Straße (Mobil-) Telefon

Falls Sie aufgrund akuter Beschwerden einen kurzfristigen Termin erhalten haben, steht heute die Schmerzbehandlung im Vordergrund. Gern vereinbaren wir mit Ihnen einen weiteren Termin für eine ausführliche, individuelle Untersuchung und Beratung.

Bitte beantworten Sie folgende allgemeinmedizinische Fragen:

Sollten Sie diesen Fragebogen vor einiger Zeit bereits ausgefüllt haben, wiederholen Sie es heute bitte. Wir sind bestrebt, unsere Behandlung immer an Ihrem aktuellen Gesundheitszustand und Ihren speziellen Bedürfnissen auszurichten.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	JA	NEIN
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes 1/2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie, Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigung zu Ohnmachtsanfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen (HIV, Tuberkulose, Hepatitis, MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben oder hatten Sie Herz-/Kreislaufkrankungen?	JA	NEIN
Herzschwäche /Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für Patientinnen **JA** **NEIN**

Können Sie eine Schwangerschaft ausschließen?

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen oder Unverträglichkeiten?

Wenn ja, zu welchen? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

JA **NEIN**

Waren Sie in den letzten 2 Jahren in zahnärztlicher Behandlung?

Sind Röntgenbilder Ihrer Zähne vorhanden?

Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten

Hiermit erlaube ich, der Zahnarztpraxis Dr. Jan B. Schibenes & Kollegen

- die elektronische Erhebung und Speicherung meiner Patientendaten und -befunde zur internen Verarbeitung,
- die Kontaktaufnahme per E-Mail, SMS, Telefon (Mobilfunk und Festnetz) und Post,
- das Ansprechen/Aufrufen meiner Person mit Namen im Warte- und Behandlungszimmer,
- die Überweisung und Übersendung von Befunden, Röntgenaufnahmen und zahntechnischen Arbeiten an unmittelbar beteiligte Dritte.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Um keine unnötigen Wartezeiten entstehen zu lassen, bitten wir Sie, Termine pünktlich wahrzunehmen. Sollten Sie dennoch einmal verhindert sein, bitten wir Sie, Termine **mindestens 24 h** vorher abzusagen.

Für nicht eingehaltene und nicht abgesagte Termine werden Ihnen die durch den Ausfall entstandenen Kosten in Rechnung gestellt.

Aufklärung Leitungsanästhesie

Trotz Einhaltung aller gebotenen zahnärztlichen Sorgfalt kann es in extrem seltenen Fällen durch die Leitungsanästhesie zu einer Nervschädigung und daraus möglicherweise dauerhaft resultierenden Beschwerden wie Geschmacks- und Gefühlsbeeinträchtigungen kommen. Mir ist bekannt, dass nach einer Betäubung die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist und das Führen von Maschinen und Fahrzeugen auf eigene Verantwortung erfolgt.

Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme der hier enthaltenen Hinweise und Aufklärungen.

Berlin, _____

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten *)

*) Bei Kindern und Jugendlichen: Für den Fall des getrennten Sorgerechts müssen beide Elternteile als gesetzliche Vertreter unterschreiben.