



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 _____

Lebererkrankungen _____

Zuckerkrankheit (Diabetes 1/2) _____

Magen-/Darmerkrankungen _____

Schilddrüsenerkrankungen _____

Atemwegserkrankungen _____

Anfallsleiden (Epilepsie, Krampfanfälle) _____

Neigung zu Ohnmachtsanfällen _____

rheumatische Erkrankungen _____

Infektionserkrankungen (HIV, Tuberkulose, Hepatitis, MRSA) _____

Osteoporose _____

Sonstige _____

Haben oder hatten Sie Herz-/Kreislaufkrankungen? **JA** **NEIN**

Herzschwäche /Herzinsuffizienz _____

	JA	NEIN
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"/>
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen oder Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, zu welchen? _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sonstiges _____		

	JA	NEIN
Waren Sie in den letzten 2 Jahren in zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Röntgenbilder Ihrer Zähne vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: Können Sie eine Schwangerschaft ausschließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.



Digitalisierung im Gesundheitswesen: eHealth- Anwendungen

Ich erkläre mich mit der elektronischen Verarbeitung von Daten im Rahmen der Nutzung von eHealth-Anwendungen einverstanden. Ich wurde darüber informiert, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann und dass ich selbst über Art und Umfang jeder Datenspeicherung entscheide.

Unterschrift

Einwilligung zur Abtretung und Einwilligung nach Datenschutzgesetz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt zum Zweck der Erstellung der Rechnung sowie zur Einziehung und der gegebenenfalls gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an das Deutsche Zahnärztliche Rechenzentrum (im Folgenden DZR) weitergibt.

Insoweit entbinde ich den Zahnarzt ausdrücklich von seiner ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Zahnarzt die sich aus der Behandlung ergebende Forderung an die DZR und diese gegebenenfalls an das refinanzierende Institut abtritt. Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die DZR als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der DZR zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.“

Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von dem Zahnarzt und der DZR – gegebenenfalls elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und gegebenenfalls gerichtlichen Durchsetzung der Forderung.

Unterschrift



Neuigkeiten für 2022

Aus der Zahnarztpraxis Dr. Jan B. Schibenes & Kollegen wird am 01.01.2022 eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit dem Namen **MVZ Zahnzentrum Dr. Hoffmeier & Kollegen**.

Was ändert sich? Für unsere Patienten NICHTS. Herr Dr. Schibenes bleibt in den ihnen bekannten Praxisräumen in der Normannenstraße ihr behandelnder Zahnarzt.

Wir werden Ihnen auch in Zukunft die gewohnte, qualitativ hochwertige Zahnheilkunde anbieten. Deshalb freuen wir uns besonders auf die kommende Verstärkung im Team durch zahnärztliche Kolleg*Innen und Mitarbeiter*Innen, die uns in unserem Vorhaben der ständigen Verbesserung unserer Qualität und unseres Services mit hohem Engagement unterstützen werden.

Es bleibt also alles wie es ist: Erwarten Sie das Beste!