

Praxis am Landschaftspark

Die ganze Zahnmedizin

LIEBE DEIN LÄCHELN

Hiermit versichern wir, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

I. Persönliche Angaben

Patient

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigter: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ abweichende Person ☐ getrennt lebend

Name der Erziehungsberechtigten: _____

Hauptversicherer: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ abweichende Person
(bei der Krankenversicherung)

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Kontakt

Private Tel.: _____ Telefon Mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Krankenkasse

☐ Pflichtversichert ☐ Freiwillig versichert ☐ Private Zusatzversicherung ☐ Beihilfe ☐ privat ☐ privat/Basistarif

II. Medizinische Anamnese

Rauchen: Ja ☐ Nein ☐

Asthma: Ja ☐ Nein ☐

Blutgerinnungsstörung: Ja ☐ Nein ☐

Diabetes: Ja ☐ Nein ☐

Schilddrüsenunterfunktion: Ja ☐ Nein ☐

Herzschrittmacher: Ja ☐ Nein ☐

Infektionskrankheit

(z.B. Hepatitis, HIV): Ja ☐ Nein ☐

Herzerkrankung: Ja ☐ Nein ☐

Sind sie Schwanger? Ja ☐ Nein ☐

Besitzen Sie einen Pflegegrad? Ja ☐ Nein ☐

Sonstige Erkrankungen (z.B. Nierenerkrankung, Krebs)?

Allergien: Ja ☐ Nein ☐

Arzneimittelunverträglichkeiten: Ja ☐ Nein ☐

Chronische Bronchitis: Ja ☐ Nein ☐

Bluthochdruck: Ja ☐ Nein ☐

Epilepsie: Ja ☐ Nein ☐

Schilddrüsenüberfunktion: Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja welche? _____

Wenn ja welche? _____

Wenn ja welche Woche? _____

Wenn ja welchen? _____

Wenn ja welche? _____

Wenn ja welche? _____

Wenn ja welche? _____

Nehmen Sie Blutverdünner oder Bisphosphonat? (z.B. Ass 100, Eliquis, Marcumar) Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja welche? _____

Nehmen Sie noch andere Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja welche? _____

Sonstige Informationen: _____

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Befinden Sie sich aktuell in Kieferorthopädischer Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Datenschutzerklärung

Einverständniserklärung des Patienten zur Datenspeicherung und Verarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Sie haben die Möglichkeit die im Wartezimmer ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz mitzunehmen oder vor Ort zu lesen. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Einverständniserklärung zur Erhebung der personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnosen, Therapieansätze, Befunde und Leistungen, die wir erbracht haben.

Ohne dieses Einverständnis ist eine Behandlung nicht möglich!

Einverständnis des Patienten zur Übermittlung und Einholung von Behandlungsdaten und Befunden nach §73 Abs.1b SGB V z.B. an und von anderen Zahnärzten/Ärzten, Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Zahntechnische Labore und Mikrobiologische Institute (z.B. Röntgenaufnahmen von und an Kieferchirurgen)

Folgende Personen außer der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen dürfen Informationen oder Rezepte von mir nach Identitätsfeststellung einholen bzw. abholen.

Name, Adresse

Name, Adresse

Ort, Datum

Unterschrift/
oder Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Anamnese Kind:

Erziehungsberechtigte/er:.....

Hausarzt/Kinderarzt:.....

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie sie an:

Zahnmedizinische Anamnese

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? | ☐ | ☐ |
| 2. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? | ☐ | ☐ |
| 3. Welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt/ Arzt gemacht?
..... | | |
| 4. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?
Wenn ja, welcher Art?..... | ☐ | ☐ |
| 5. Was ist der Grund für den heutigen Besuch?
..... | | |
| 6. Wurden im Kindergarten/ in der Schule Infoveranstaltungen zu
Zahnpflege und Kariesprophylaxe durchgeführt? | ☐ | ☐ |

Ernährungsgewohnheiten

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ist Ihr Kind gestillt worden?
Wenn ja, wie lange?..... | ☐ | ☐ |
| 2. Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?
Wenn ja, wie lange?..... Immer noch? | ☐ | ☐ |
| 4. Isst Ihr Kind viel Süßes? | ☐ | ☐ |
| 5. Geben Sie Ihrem Kind Fluor-Präparate? (z.B. Flouretten)..... | ☐ | ☐ |