

Patient (Name, Vorname)

geb.

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

\_\_\_\_\_

Nr.

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, *spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen*, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (§§ 304, 615 BGB).

Versicherter (Ehepartner, Vater, Mutter)

geb.

Straße

Wohnort

Tel.-Nr.

Beruf

E-Mail-Adresse

Arbeitgeber (optional)

Tel.-Nr. (optional)

**Zahn-Mund-Situation**

**Ja    Nein**

Krankenkasse

**Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis:**

Zahnfleischbluten

Schmerzen / Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)

Schmerzen am Kopf / Nacken

Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann?

Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz zufrieden?

Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam grundsätzlich ab?

Wünschen Sie eine Versorgung mit alternativen Füllungsmaterialien (Composite, Keramik)?

Wünschen Sie eine Beratung über Implantate (künstliche Zahnwurzeln)?

Wünschen Sie eine schonende Laserbehandlung, wenn es erforderlich sein sollte?

Wünschen Sie eine örtliche Betäubung, z.B. bei Füllungen?

Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischerkrankungen? Wünschen Sie eine Erinnerung für:

eine professionelle Zahnreinigung (PZR)?

Bitte ergänzen und eventuell korrigieren Sie die obenstehenden Angaben!

**Allgemeine Situation**

**Ja    Nein**

Stehen Sie unter dauernder ärztlicher Behandlung?

**Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:**

Allergien (Allergiepass?)

Ggf. welche Allergien (Penicillin?)

Asthma / chronische Bronchitis

Herzerkrankungen

Hoher / niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörungen, z.B. verlängerte Blutung bei Schnittwunden oder Operationen

Infektionen (z.B. Hepatitis, TBC, HIV, CJK, Lues Gonorrhoe)

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Augenkrankheiten (z.B. Star)

Schilddrüsenerkrankungen

Sonstige Erkrankungen (Nerven, Nieren, Knochen, Rheuma)

Wurden Sie in letzter Zeit operiert? Wann und weswegen war die OP notwendig?

Nehmen Sie Drogen? / Haben Sie jemals Drogen genommen?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche?

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, evtl. Telefonnummer)

**Befragung gem. § 28/1 RÖV**

Die Beantwortung nachstehender Fragen ist **gesetzlich vorgeschrieben!**

1. Sind Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt worden?

2. Wenn ja, bei wem?

Wann?

3. Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft?

4. Sind Sie im Besitz eines Röntgenpasses?

Haben Sie besondere Wünsche beim Zahnarzt?

Datum

Unterschrift

# Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Zahnarztpraxis Dres. Dajka

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich.

Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind.

**Ich stimme der bei „JA“ angekreuzten Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck**

**1. Recall-System**

Ja Nein

Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch (per Post)

**2. Recall-System für PA-Patienten**

Erinnerung an Nachsorgeuntersuchungen im Rahmen einer parodontalen Behandlung

**3. Recall für Implantatpatienten**

Erinnerung für Kontrolluntersuchungen zur Sicherung der Langlebigkeit implantatgetragener prothetischer Versorgungen

**4. telefonische Terminerinnerung**

Bei langen Terminen erinnern wir Sie am Vortag gern telefonisch

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Patient/in

Hiermit bestätige ich, die allgemeine Information der Zahnarztpraxis Dajka zur neuen EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und verstanden zu haben. Und willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift