

Patienten-Fragebogen

– bitte vollständig ausfüllen –



Zahnarztpraxis Praus

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ m ☐ w ☐ d

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail-Adresse

Beruf

Name der Krankenkasse/Versicherung

- ☐ Gesetzlich versichert
☐ Privat versichert - nicht im Basistarif
☐ Privat versichert - im Basistarif
☐ Beihilfeberechtigt

Hausarzt

Name, Anschrift, Telefon

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) ☐ ja ☐ nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ☐ ja ☐ nein
Herzklappenerkrankung/-defekt ☐ ja ☐ nein
Herzerkrankung ☐ ja ☐ nein
Endokarditisprophylaxe notwendig (Herzpass?) ☐ ja ☐ nein
Herzschriltmacher ☐ ja ☐ nein

Infektionserkrankungen

- HIV ☐ ja ☐ nein
Hepatitis ☐ ja ☐ nein
Tuberkulose ☐ ja ☐ nein
andere (z.B. MRSA): _____

Allergien / Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika ☐ ja ☐ nein
Schmerzmittel ☐ ja ☐ nein
Antibiotika ☐ ja ☐ nein
andere: _____

Patienten-Fragebogen

– bitte vollständig ausfüllen –



Zahnarztpraxis Praus

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen

☐ ja ☐ nein

Asthma

☐ ja ☐ nein

Lungenerkrankung

☐ ja ☐ nein

Schilddrüsenerkrankung

☐ ja ☐ nein

Rheuma

☐ ja ☐ nein

Epilepsie

☐ ja ☐ nein

Diabetes

☐ ja ☐ nein

Nierenfunktionsstörungen

☐ ja ☐ nein

Ohnmachtsneigung

☐ ja ☐ nein

andere: _____

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum

☐ ja ☐ nein

Alkoholgenuss

☐ ja ☐ nein

wenn ja, ☐ selten ☐ oft ☐ regelmäßig

Raucher

☐ ja ☐ nein

wenn ja, ☐ 0-10 Zig./Tag ☐ über 10 Zig./Tag

Regelmäßige Medikamente

☐ ja ☐ nein

wenn ja, seit wann / Name: _____

Frühere Röntgenuntersuchung
im Kopf-Halsbereich

☐ ja ☐ nein

wenn ja, Datum: _____

Bestehende Schwangerschaft

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welcher Monat: _____

Chemotherapie, Strahlentherapie,
Bisphosphonattherapie

☐ ja ☐ nein

wenn ja, wann: _____

Pflegegrad des Patienten (§15 SGB XI):

Eingliederungshilfe (§53 SGB XII):

☐ ja ☐ nein

Stationäre Behandlung innerhalb von 3 Jahren

☐ ja ☐ nein

Entlassungsbericht vorhanden?

☐ ja ☐ nein

Medikamentenplan: bitte legen Sie uns Ihren aktuellen Medikamentenplan vor.

Mit welchem Anliegen kommen Sie zu uns?

Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Der telefonischen und postalischen Kontaktaufnahme zu therapierelevanten Zwecken stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Bestellpraxis: Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls wird mir der Termin nach §615 BGB privat in Rechnung gestellt.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit meiner Angaben und dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften (Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter)

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie



Zahnarztpraxis Praus

Zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund- und Kieferbereich, welches durch den Nervus Trigeminus an das Gehirn weitergeleitet wird. Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Man unterscheidet zwischen Infiltrationsanästhesie (direkt am Ort der gewünschten Betäubung), der intraligamentären Anästhesie (in den Zahnhalteapparat) und der Leitungsanästhesie (Betäubung eines längeren Abschnittes des Nervus Trigeminus).

Die örtliche Betäubung ist ein langjährig erprobtes und sicheres Verfahren, jedoch sind Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen nicht zu 100% auszuschließen.

Es können unter Anderem die folgenden Komplikationen auftreten:

Hämatom (Bluterguss)

Durch eine Injektion kann es zur Verletzung von Blutgefäßen kommen, in sehr seltenen Fällen auch zu einer Infektion.

Nervschädigung

Vor Allem bei der Leitungsanästhesie kann es zu einer Verletzung von Nervenfasern kommen. Dies kann in sehr seltenen Fällen zu dauerhaften Sensibilitätsstörungen im anästhesierten Unterkieferbereich führen.

Verkehrstüchtigkeit

Es kann nach der örtlichen Betäubung zur Beeinträchtigung Ihrer Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen.

Selbstverletzung

Verzichten Sie, solange die Anästhesie wirkt, auf die Nahrungsaufnahme (Bissverletzung) und Tabakkonsum (Verbrennung). Lassen Sie Ihr Kind nicht unbeaufsichtigt und achten Sie darauf, dass es sich nicht unbeabsichtigt selbst verletzt.

Datum

Unterschriften (Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter)

Datenschutzerklärung

– Einwilligung in die Datenverarbeitung –



Zahnarztpraxis Praus

Nachname, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Gunnar Praus meine personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken erhebt, verarbeitet und nutzt:

- Pflege der Kontaktdaten
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen und Abrechnungsstellen
- Therapeutische Dokumentation
- Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen
- Nutzung des Praxisverwaltungssystems
- Übermittlung personenbezogener Daten an Zahnlabore und Ärzte
- Recall-Service
- Zusendung von Terminwünschen und Terminänderungen

Personenbezogene Daten

Hierzu zählen alle Daten, die Ihnen persönlich zugeordnet werden können, beispielsweise Ihr Name oder Ihre Anschrift..

Ihre Rechte

Sie haben folgende Rechte hinsichtlich Ihrer personenbezogenen Daten:

- Auskunft
- Berichtigung
- Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Datenübertragbarkeit

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt ausschließlich im erforderlichen Umfang.

Widerruf

Der Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit schriftlich möglich an:

Zahnarztpraxis Gunnar Praus, Ruhlsdorfer Straße 4, 16359 Biesenthal

Bestätigung

- ☐ Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen und verstanden.
- ☐ Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß dieser Erklärung ein.

Datum

Unterschriften