





**Röntgen**

Wurden Ihre Zähne bzw. Ihr Kiefer/Kiefergelenk in den letzten 6 Monaten geröntgt?  ja

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  ja

**Für Patientinnen**

Sind Sie schwanger?  ja

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.**

**Allgemeinmedizinische Auskünfte**

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente?  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden Sie mit **Bisphosphonaten** behandelt? (z.B. Osteoporose, Krebs)  ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?**

**Herzerkrankungen** (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)  ja

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?  ja

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**?  ja

**Kreislaufkrankungen** (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)  ja

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Stoffwechselstörungen** (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



**Allergien / Atemwegserkrankungen** (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma)

ja

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Gehirn- und Nervenerkrankungen** (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression)

ja

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Bewegungsapparates** (z. B. Rheuma, Gicht)

ja

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- /Darmerkrankung** (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)

ja

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Erkrankung des blutbildenden Systems** (z.B. Blutarmut, Bluter)

ja

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Augen** (z. B. grauer Star, grüner Star)

ja

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?**

HIV (AIDS)

ja

Hepatitis

ja

Tuberkulose (Tbc)

ja

Creutzfeld-Jacob (CJ)

ja

MRSA

ja

Sonstige Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** oder **Drogen** zu sich?

ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Zahnmedizinische Auskünfte**

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden?

ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?

ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie generell eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

ja

Bei welchem **Hausarzt** sind Sie in Behandlung? \_\_\_\_\_



Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

#### **Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten**

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). **Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt.** Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

#### **Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen**

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens **24 Stunden vor Terminbeginn**, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein **Ausfallhonorar in Rechnung** stellen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

**SMS-Service**

Um Ihnen ihr das Einhalten ihres Termins zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten SMS-Service an. Dazu bekommen Sie uns von 2 Tage vor ihrem Termin eine SMS als Erinnerung an ihrem Termin, damit Sie diesen, falls sie verhindert sind, rechtzeitig absagen können. Sollten Sie **eine Teilnahme** an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche eine Teilnahme am SMS-Service.

Die Teilnahme am SMS-Service erfordert das Vorliegen einer schriftlichen Einwilligungserklärung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu diesem Zweck (Recall). Sie erhalten von uns, sofern Sie eine Teilnahme am Recall-Service wünschen, eine **separate Einwilligungserklärung zum Ausfüllen und Unterschreiben**.

**Recall-Service**

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service (Erinnerungsservice) an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben (Email oder SMS) oder angerufen, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie **eine Teilnahme** an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service.

Die Teilnahme am Recall-Service erfordert das Vorliegen einer schriftlichen Einwilligungserklärung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu diesem Zweck (Recall). Sie erhalten von uns, sofern Sie eine Teilnahme am Recall-Service wünschen, eine **separate Einwilligungserklärung zum Ausfüllen und Unterschreiben**.

**Abtretungsvereinbarung**

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient

---

Unterschrift gesetzlicher Vertreter