

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Erscheinungsgrund

DAS Konzept

Für eine noch effektivere Zufriedenstellung, haben wir das „DAS Konzept“ entwickelt. Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, bevor Sie überhaupt das Behandlungszimmer betreten, uns einen Einblick auf Ihre primären Wünsche zu ermöglichen. Dabei handelt es sich um die drei Buchstaben D A S. Jeder Buchstabe hat eine Bedeutung. Bitte ordnen Sie die drei Buchstaben nach ihrer Relevanz mit 1, 2 oder 3.

_____ D: Dentogene Beschwerden, wie z. B. Zahnschmerzen, Zahnfleischbeschwerden

_____ A: Ästhetische Ansprüche wie z. B. Schiefstellung von Zähnen, Farbe der Zähne

_____ S: Störungen in Sprache und Funktion wie z. B. Knirschen, Kopfschmerzen

Persönliches

Vorname / Name _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / Private Krankenversicherung _____

gesetzl. Versichert ja nein privat Versichert ja nein Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Vorname / Name _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Leuchtreklame Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Wenn ja, per Post E-Mail

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des...

- Kreislaufs ja nein
Leber ja nein
Nieren, z.B. Niereninsuffizienz ja nein
Magen-Darm-Traktes ja nein
Lunge, z.B. Asthma ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
niedrigen Blutdruck ja nein
Blutgerinnungsstörung ja nein
Diabetes Typ 1 Typ 2 ja nein
Schlaganfall ja nein
Krebs ja nein
Osteoporose ja nein
Grünen Star ja nein
Epilepsie ja nein
rheumatische Erkrankung ja nein
Erkrankung Schilddrüse ja nein
Allergien oder Unverträglichkeiten ja nein
Wenn ja, wogegen? _____
Herzerkrankungen ja nein
Wenn ja, welche? _____
Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich? ja nein
Sonstige Infektionen / Erkrankungen: ja nein

Infektionskrankheiten: Haben Sie ...

- HIV (AIDS) ja nein
Hepatitis A B C ja nein
Tuberkulose ja nein
Sonstige Infektionskrankheiten: ja nein

Fragen / Anmerkungen

Hinweis

Jede Veränderung meiner Angaben teile ich vor einer weiteren Behandlung mit. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir für vereinbarte Termine, die ich bei Verhinderung nicht **mindestens 24 Stunden** vor Behandlungsbeginn absage, eine **Ausfallgebühr** gemäß §§615 Satz BGB berechnet wird. Hinweis für Basistarif / Postbeamten- oder Beamtenversicherte, sowie Patienten mit Reise oder Notfallversicherungen: Diese Versicherungsbedingungen werden von DAS ROSENHEIM nicht angenommen – ausgenommen für Notfallbehandlungen.

Eine Berechnung erfolgt frei nach der Gebührenordnung für Zahnärzte. Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung im Wartebereich einsehbar.

Ort, Datum

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente ja nein
Schmerzmittel ja nein
blutverdünnende Medikam., z.B. Marcumar, ASS ja nein
Cortison (Kortikoide) ja nein
Antidepressiva ja nein
Bisphosphonate ja nein
andere Medikamente? Wenn ja, welche? ja nein

Zahn-Mund-Situation: Haben Sie...

- Schmerzen ja nein
gelockerte Zähne ja nein
Zahnfleischbluten ja nein
das Gefühl an Mundgeruch zu leiden ja nein
Zähneknirschen ja nein
Geräusche/Schmerzen im Kiefergelenk ja nein
Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen
im Kieferbereich angefertigt? ja nein
Wenn ja, wo? _____
Wurde eine kieferorthop. Behandlung durchgeführt ja nein

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____
Stillen Sie ja nein

Zum Schluss

- Rauchen Sie? ja nein
Konsumieren Sie Alkohol? ja nein
Konsumieren Sie Drogen? ja nein

Unterschrift