Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigefügt. Bitte beachten Sie, dass diese zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Ihre Angaben werden von uns zwar gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Name ..... Vorname ..... geb. am .....

Versicherter: Name ..... Vorname ..... geb. am .....

Versicherung: ☐ gesetzliche Versicherung ☐ private Versicherung Krankenkasse

☐ freiwillig versichert ☐ Vollversicherung

☐ Zusatzversicherung ☐ beihilfeberechtigt

☐ Kostenerstattung ☐ Basistarif Zutreffendes bitte ankreuzen

Anschrift: Straße ..... PLZ ..... Ort .....

Tel. ..... mobil ..... E-Mail .....

Arbeitgeber ..... Beruf ..... Tel. geschäftlich .....

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: .....

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? Bitte ausfüllen oder ankreuzen

		Ja	Nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)	☐	☐
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	☐	☐
	Herzasthma, Angina pectoris	☐	☐
	Herzschrittmacher	☐	☐
Kreislauferkrankungen:	zu hoher Blutdruck	☐	☐
	zu niedriger Blutdruck	☐	☐
	Herzinfarkt, wann?	☐	☐
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	☐	☐
	Ohnmachtsanfälle	☐	☐
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	☐	☐
	Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐
	Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Erkrankungen des Nervensystems:	epileptiforme Anfälle/Krämpfe	☐	☐
Bluterkrankungen:	Blutungsneigungen (Hämophilie)	☐	☐
	Blutarmut (Anämie)	☐	☐
Allergien:	Ekzeme	☐	☐
	Penicillin-Überempfindlichkeit	☐	☐
	Asthma	☐	☐
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	☐	☐
	Überempfindlichkeit gegen	☐	☐
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	☐	☐
	Tuberkulose	☐	☐
	chronischer Erkrankungen der Atemwege - Husten etc.	☐	☐
	Aids, HIV-positiv	☐	☐
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welchen?	☐	☐

Sonstige Erkrankungen: .....

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? ☐ ☐

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? .....

Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	☐	☐
	Sind Sie frisch operiert und wenn ja, wo?	☐	☐
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?	☐	☐
	Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheft?	☐	☐
	Sind Sie schwanger? (Wenn ja, in welchem Monat?)	☐	☐
	Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege nutzen Sie?		

.....

Datum/Unterschrift Patient/Versicherter

NIEMEYER NEUBAUER
ZAHNÄRZTE

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir danken Ihnen für das Vertrauen, dass Sie die Gesundheit Ihrer Zähne in unsere Verantwortung geben. Damit wir besser auf Ihre Wünsche und Probleme eingehen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten bzw. Zutreffendes ankreuzen. Vielen Dank!

1. Mein letzter Zahnarztbesuch war am _____

2. Heute komme ich wegen:
   - ▫ Zahnschmerzen
   - ▫ Zahnfleischbluten / -entzündung
   - ▫ weil ich Probleme mit meinem Zahnersatz / Prothese habe.
   - ▫ ich bin mit der Farbe / Form / Stellung meiner Zähne nicht zufrieden.
   - ▫ ich habe Interesse an Bleaching.

     andere Gründe _____

3. Ich bin auf die Praxis aufmerksam geworden, wurde empfohlen durch:
   - ▫ Familie, Freunde, Bekannte
   - ▫ Internet, Google _____
   - ▫ andere Ärzte, Zahnärzte _____

4. ▫ Ich bin an Informationen zur Zahnpflege (Prophylaxe) interessiert.
   - ▫ Ich möchte regelmäßig an meinen Vorsorgetermin erinnert werden. (Recall)
   - ▫ Zur Erhaltung meiner Zähne würde ich private Leistungen übernehmen, die von den gesetzlichen Krankenkassen (AOK, DAK etc.) nicht übernommen werden. Wir werden Sie vorher über die Kosten genau informieren.

Nennen Sie uns auch bitte alle Veränderungen Ihres Gesundheitsstatus (neu auftretende Erkrankungen, Änderungen der Medikation etc.) sofort.

Ich willige ein, dass vor umfangreichen Behandlungen, Auskünfte bei EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH o.ä. Anbietern, zu meiner Bonität eingeholt werden dürfen. Diese Auskünfte fallen unter die Schweigepflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Unsere Praxis ist nach einem Terminsystem organisiert. Dies bedeutet für Sie geringe Wartezeiten und eine ungestörte Behandlungszeit, in der wir uns optimal um Ihre Probleme kümmern können. Wir bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht eingehaltenen Terminen behalten wir uns vor, die entstandene Verweilzeit in Rechnung zu stellen.

Es gilt hierfür eine Gebühr von **85,- EUR / 30 Minuten** reservierte Behandlungszeit als vereinbart.

Für die Online-Terminverwaltung haben wir die „Doctolib GmbH“ beauftragt. Ich willige ein, dass notwendige Daten, wie Name, E-Mail, Telefonnummer etc. unter strenger Einhaltung der DSGVO an diese Firma übermittelt werden. Zu vereinbarten Terminen werden Sie per E-Mail und/oder SMS benachrichtigt.

Ich willige eine Speicherung meiner notwendigen Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und Aufbewahrungsfristen ein.

Potsdam, den _____ Unterschrift _____