

Patientenerhebungsbogen Zahnarztpraxis Dr. Sandra Pulvermüller

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben sind für eine risikofreie Behandlung von großer Bedeutung. Wir weisen darauf hin, dass alle gemachten Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und Ihre Daten entsprechend der aktuellen DSGVO verarbeitet werden (siehe dazu auch Aushang in unserer Praxis).

Name:

Hausarzt*:

Vorname:

Anschrift*:

Anschrift:

Telefon*:

geb. am:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Versichertenstatus:

Empfehlung Internet Sonstiges _____

E-Mail*:

Telefon (privat)*:

(Mobil)*:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Herz-/ Kreislauferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Hochgradige Neutropenie ja nein

Mukoviszidose-Erkrankung ja nein

Organtransplantiert ja nein

Stammzellentransplantiert ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Asthma/Lungenerkrankungen ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein

Drogenabhängigkeit ja nein

Nervenerkrankung ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Ohnmachtsanfälle ja nein

Osteoporoseerkrankung ja nein

Raucher ja nein

Rheuma/Arthritis ja nein

Schilddrüsenkrankung ja nein

Sonstige Erkrankungen: ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein

Lebererkrankung/Hepatitis ja nein

Tuberkulose ja nein

Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/

Neue Variante der

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Metalle:

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche

Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja O Nein O

Besitzen Sie ein Bonusheft? (wenn ja bitte vom Vorbehandler aktualisieren lassen) Ja O Nein O

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? seit

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? ja nein seit

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein Datum:

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Tettenweis, den

Unterschrift:



Tettenweis

Dr. Sandra Pulvermüller, Ahornweg 15, 94167

Recallsystem

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

hier haben Sie nun die Möglichkeit, zu der Aufnahme in unser Recallsystem einzuwilligen. Das heißt, dass Sie in den vereinbarten Intervallen von uns schriftlich- per Brief, E-Mail, SMS, messenger-Dienste - oder telefonisch benachrichtigt werden, dass die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wieder fällig wäre.

Damit vermeiden Sie, dass Sie wichtige Termine versäumen und den höheren Bonus für evtl. einmal notwendig werdende Zahnersatzbehandlungen verlieren.

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie hier Ihr Einverständnis in das Recallsystem, das Sie selbstverständlich jederzeit wieder widerrufen können.

Tettenweis, Datum

Einverständniserklärung des Patienten

Bitte beachten Sie die Aufklärung zur zahnärztlichen Anästhesie!

Die Spritze beim Zahnarzt kann Ihre Fahrtüchtigkeit bis zu drei Stunden beeinträchtigen. Das gleiche gilt für das Bedienen von Maschinen.

Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Zudem müssen wir Sie darüber aufklären, dass es bei der sog. Leitungsanästhesie im Unterkiefer zu Verletzungen des N. alveolaris inferior kommen kann, die eine dauerhafte Beeinträchtigung im Sinne von Taubheitsgefühlen oder Hyp- und Parästhesien nach sich ziehen kann. Diese Beeinträchtigungen können unter Umständen für immer sein. Alternativ zur Leitungsanästhesie im Unterkiefer ist die intraligamentäre Anästhesie anzusehen. (Absolute Kontraindikation hier: Endokarditisrisiko.)

Ich habe diese Aufklärung verstanden und im Gespräch mit dem Behandler alle Fragen beantwortet bekommen.

Tettenweis, Datum

Unterschrift des Patienten