



Ihre Zahnärzte in Pfuhl

Die Zahnarztpraxis für die ganze Familie



Gesundheitsfragebogen

Herzlich Willkommen bei „Ihre Zahnärzte in Pfuhl“

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir Sie einige Fragen über Ihre Gesundheitssituation zu beantworten. Dadurch wird Ihre Behandlung individuell. Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertrauensvoll behandelt. Fragen und Anregungen nehmen wir gerne an. Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen zu oder bringen Sie ihn zum Erst-Termin mit.

Vorname	Name	Geburtsdatum
---------	------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
--------------------	-----	---------

Vorname des Hauptversicherten	Name	Geburtsdatum
-------------------------------	------	--------------

Telefon Privat	E-Mail	Mobiltelefon
----------------	--------	--------------

Name Krankenversicherung	Ort
--------------------------	-----

Beihilfeberechtigt ☐ freiwillig versichert ☐

Wann war Ihr letztes Röntgenbild für Zähne?

Medizinische Befunderhebung

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

	Ja	Nein	
Herzerkrankungen	☐	☐	
Herzschrittmacher	☐	☐	
Immunschwäche (HIV+)	☐	☐	
Grüner Star	☐	☐	
Lebererkrankung (Gelbsucht)	☐	☐	
Kreislaufferkrankung	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Asthma	☐	☐	
Infektionskrankheiten	☐	☐	Wenn ja welche ? _____
Allergien	☐	☐	Wenn ja welche ? _____
Sonstige Krankheiten	☐	☐	Wenn ja welche ? _____ _____
Nehmen Sie Medikamente ?	☐	☐	Wenn ja welche ? _____
Rauchen Sie ?	☐	☐	Wenn ja wie viele am Tag ? _____
Sind Sie Schwanger ?	☐	☐	Wenn ja in welcher Woche ? _____



Ihre Zahnärzte in Pfuhl

Die Zahnarztpraxis für die ganze Familie



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie folgende Anmerkungen zu beachten. Diese sollen Ihrer Sicherheit und einer hohen Behandlungsqualität dienen:

Spritzen zur Lokalanästhesie können, ebenso wie Schmerzen- oder Beruhigungstabletten, die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Deshalb sollten Sie weder ein Kraftfahrzeug noch ein Kraft- oder Fahrrad in einem Zeitraum von 3 Stunden nach der Behandlung führen, wenn Sie eine örtliche Betäubung erhalten haben. Beim Einsatz von Dormikum (Medikament für Dämmerschlaf) dürfen Sie 24 Stunden kein Fahrzeug führen und sollten sich von einer Person Ihres Vertrauens nach Hause begleiten lassen.

Wir führen die Praxis als organisierte Bestellpraxis. Das bedeutet, dass wir den für Sie reservierten Termin exklusiv vereinbaren. Dies hat für Sie den Vorteil von geringen Wartezeiten und damit Zeit für Ihre Betreuung und Behandlung.

Sollte es in Ausnahmefällen, z.B. durch das „Einschieben“ eines Schmerzpatienten, zu einer Verzögerung Ihres Termins kommen, so bitten wir um Ihr Verständnis.

Die Praxis wird nach dem „Bestellsystem“ geführt. Reservierte, aber nicht spätestens 48 Stunden vorher freigegebene Behandlungszeiten werden daher in Rechnung gestellt!

Jede Behandlung, die mit einer Eigenbeteiligung verbunden ist, wird selbstverständlich vor Behandlungsbeginn entweder mündlich oder schriftlich besprochen und vereinbart.

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift bereit, die anfallenden Behandlungsinvestitionen unabhängig von der Erstattung meiner Versicherung zu begleichen.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem getroffenen Behandlungsvertrag zwischen der Praxis und dem Patienten resultieren, werden - soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübergang unterliegen – von dem Patienten an dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Ich habe dieses Merkblatt gelesen und verstanden und hatte Gelegenheit, Fragen zu meiner näheren Information zu stellen. Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, meinem Zahnarzt mitzuteilen.

Ich bin mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz einverstanden. Gleichzeitig entbinde ich mit nachfolgender Unterschrift die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 5 Bundesdatenschutzgesetz und bin mit der Weitergabe meiner Daten gemäß § 15 Bundesdatenschutzgesetz (Kassenzahnärztliche Vereinigung, Zahnärztekammer) und gemäß § 16 Bundesdatenschutzgesetz (private Verrechnungsstellen) einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____