

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor jeder Behandlung wird eine eingehende Untersuchung durchgeführt, aus der sich bei Bedarf eine Grundplanung für Ihre Therapie ergibt. In manchen Fällen kann ein detaillierter Behandlungsplan erst nach einer entsprechenden Vorbehandlung festgelegt werden.

Wir bemühen uns, vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten und für Ihre Behandlung angemessene Zeit einzuplanen. Für unvorhersehbare Verzögerungen bitten wir um Ihr Verständnis. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir, dies wenigstens einen Tag vorher mitzuteilen.

Vorsorglich möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass nach Behandlung unter örtlicher Betäubung die Verkehrstüchtigkeit (Reaktionsfähigkeit) eingeschränkt sein kann.

Damit von Anfang an Ihr allgemeiner Gesundheitszustand berücksichtigt werden kann, bitten wir um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen:

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja () nein () weiß nicht ()

Wenn ja warum? _____

Haben Sie eine Erkrankung, die zurzeit **nicht** behandelt wird? Ja () nein () weiß nicht ()

Bestehen Allergien? Ja () nein () weiß nicht ()

Wenn ja welche? _____

Hatten Sie ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen/ Medikamente: Ja () nein () weiß nicht ()

Wenn ja welche? _____

Bestehen Herz-, Kreislauferkrankungen? Ja () nein () weiß nicht ()

wenn ja welche? _____

Haben Sie einen Star/Glaukom (Augenerkrankung)? Ja () nein () weiß nicht ()

Haben Sie Migräne? Ja () nein () weiß nicht ()

Haben Sie eine Prostataerkrankung? ja () nein () weiß nicht ()

Haben Sie eine Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung? ja () nein () weiß nicht ()

Haben Sie Blutkrankheiten/Blutgerinnungsstörungen? Ja () nein () weiß nicht ()

Bestehen Erkrankungen der Leber (z.B. Gelbsucht, Hepatitis) Ja () nein () weiß nicht ()

Haben Sie eine Schilddrüsenüber-/Unterfunktion?

Besteht ein Diabetes? Ja () nein () weiß nicht ()

Haben Sie infektiöse, ansteckende Erkrankungen? (z. B. HIV, ja () nein () weiß nicht ()

Hep A,B,C, Tbc,...)Wenn ja welche? _____

Nehmen Sie zur Medikamente ein(z.B. Bisphosphonate, Marcumar)? Ja () nein () weiß nicht ()

wenn ja welche: _____

Rauchen Sie? Ja () nein () weiß nicht ()

Konsumieren Sie Drogen? Ja () nein () weiß nicht ()

Trinken Sie öfter als 3x pro Woche Alkohol? Ja () nein () weiß nicht ()

Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja () nein () weiß nicht ()
Fühlen Sie sich mit Ihrem Biss wohl? Ja () nein () weiß nicht ()
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung/ Zahnfarbe zufrieden? ja () nein () weiß nicht ()

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? Ja () nein () weiß nicht ()
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt
z.B. beim Kieferorthopäden? Ja () nein () weiß nicht ()
Wenn ja, wo (Adresse oder Telefonnummer)? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja () nein () weiß nicht ()
wenn ja, im wievielten Monat? _____

Datenschutz (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein/e behandelnde/r Arzt/Ärztin innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann.

Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten oder andere Gesetze entgegenstehen.

Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass meine Handynummer dazu verwendet werden darf, mir Terminerinnerungen zu schicken.

Düsseldorf, den _____ Unterschrift: _____

Wir möchten Sie darum bitten, Terminabsagen mindestens 24 Stunden vor dem eigentlichen Termin bei uns anzukündigen, entweder telefonisch oder per E-Mail.