

Anmeldung | Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Nottfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/-in

Herr / Frau / Kind

| | | |
|---------|--|------|
| Name | | |
| Vorname | | geb. |

Anschrift

| | | | |
|--------------------|--|--------------------|-------------|
| Straße / Hausnr. | | E-Mail* | Geburtsort* |
| Postleitzahl / Ort | | Telefon oder Mobil | |

Mitglied/ggf. abweichender Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Anschrift

| | | | |
|--------------------|--|--------------------|--|
| Name | | | |
| Vorname | | geb. | |
| Straße / Hausnr. | | E-Mail* | |
| Postleitzahl / Ort | | Telefon oder Mobil | |

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

| | | |
|------------------------|--|--|
| Name des Kostenträgers | | |
|------------------------|--|--|

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r) | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert | | |

Beruf des Mitgliedes*

| | |
|--|-------------|
| Beruf des Mitgliedes* | |
| <input type="checkbox"/> Schüler / Student | Arbeitgeber |

Anschrift des Arbeitgebers*

| | | | |
|------------------|--|--------------------|---------|
| Straße / Hausnr. | | Postleitzahl / Ort | Telefon |
|------------------|--|--------------------|---------|

Beruf des Patienten

| | |
|--|-------------|
| Beruf des Patienten | |
| <input type="checkbox"/> Schüler / Student | Arbeitgeber |

Anschrift des Arbeitgebers*

| | | | |
|------------------|--|--------------------|---------|
| Straße / Hausnr. | | Postleitzahl / Ort | Telefon |
|------------------|--|--------------------|---------|

* freiwillige Angaben

Bitte Rückseite beachten!

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

| | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| a) | ja | nein | | ja | nein | | ja | nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krankenhauskeim MRSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Creutzfeldt-Jakob | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumor / Karzinom / Krebs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TBC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A / B / C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Ihr Hausarzt:

Name _____ Anschrift _____ Telefon _____

b) Bestehen Allergien? ja nein Wenn ja, welche? _____
 Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein _____

c) Herzinfarkt ja nein
 Schlaganfall ja nein
 Lähmungen ja nein
 Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? ja nein Wenn ja, welche? _____

d) Blutdruck niedrig normal hoch Ggf. Werte _____

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein Wenn ja, welche? _____

4. Rauchen Sie? ja nein 5. Schnarchen Sie? ja nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein Wenn ja, welche? _____

7. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss Ggf. wievielte Woche _____

8. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein
 Unfalldatum: _____
 Art. d. Verletzung: _____

9. Sonstige Angaben / andere Krankheiten _____

10. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt? _____

11. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor? ja nein Wenn ja, welcher Schweregrad? _____

12. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein
 Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

13. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein
 Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie? (Datum / Körperteil) _____

14. Haben Sie ein Bonusheft? ja nein
 Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt? _____

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Datum _____ Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigter/-r _____

Name des Patienten

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie(örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom ((Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Sie sollten Ihre Zahnärztin darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervschädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie ihre Zahnärztin.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung: Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Datum

Unterschrift

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Anmeldung

| | | |
|---|---|--------------|
| Patient/in: | | |
| Name | Vorname | geb. am |
| Straße/Nr. | | PLZ/Ort |
| Telefon mobil | privat | geschäftlich |
| E-Mail | | |
| Arbeitgeber | | Beruf |
| Name der Versicherung/Krankenkasse | | |
| <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert? | |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung | wenn ja, bei wem | |
| <input type="checkbox"/> Kostenerstattung | <input type="checkbox"/> Basistarif | |

| | | |
|--|---------|---------|
| Versicherte/r (nur falls anders als oben angegeben) | | |
| Name | Vorname | geb. am |
| Straße/Nr. | | PLZ/Ort |
| Arbeitgeber | | |

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Rontgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (siehe Vorderseite unter „Ihre Rechte“). Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung fur die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Versicherter