

## Herzlich willkommen in unserer Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass Sie unsere Praxis für Ihre Zahngesundheit gewählt haben. Da wir eine reine Bestellpraxis haben, sind Wartezeiten bei uns die Ausnahme, allerdings kann es durch nicht vorhersehbare medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahmen in seltenen Fällen zu Verzögerungen kommen, über die wir Sie umgehend informieren. Sollten Sie aufgrund eines unvorhersehbaren Notfalles, wie z. B. akuten Schmerzen, ohne vorhergehende Anmeldung in unsere Praxis kommen, müssen Sie mit zum Teil längeren Wartezeiten rechnen. Daher bitten wir immer um telefonische Kontaktaufnahme, damit wir Sie zeitnah und ohne größere Wartezeit terminieren können.

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Dies ist für eine adäquate und risikoarme Behandlung wichtig und ohne diese Angaben kann eine Behandlung nicht erfolgen. Wissentlich verschriebene Medikamente oder Erkrankungen können ggf. zu schwerwiegenden Komplikationen führen. Außerdem bitten wir Sie, alle Röntgenbilder der letzten 6 Monate mitzubringen. Bitte nennen Sie uns auch Ihren vorbehandelnden Zahnarzt und erlauben Sie uns, diesen zu kontaktieren. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der strikten ärztlichen Schweigepflicht.

**Noch eine Bitte:** Füllen Sie den mehrseitigen Anamnesebogen sorgfältig und komplett auf allen Seiten aus und unterschreiben Sie ihn **an allen** dafür vorgesehenen Stellen (bzw. bei Kindern ein berechtigtes Elternteil). Sollten Sie Fragen zu einzelnen Punkten haben oder Erläuterungen hierzu brauchen, so zögern Sie bitte nicht, uns anzusprechen. Wir sind gerne behilflich.

## Patientendaten

Name des Patienten:

ggf. Name des gesetzlichen Vertreters  
(bei Kindern ein berechtigtes Elternteil):

geboren am:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

Telefon Büro:

ggf. Fax:

E-Mail Adresse:

Bitte teilen sie uns auch ggf. andere Telefonnummern mit, unter denen Sie im Falle einer kurzfristigen Terminänderung zu erreichen sind. DANKE!!

## Grund Ihres Besuchs

## Unser Zahn- und Mundgesundheitscheck

---

- Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder bei der Benutzung eines Zahnstochers bzw. anderer Reinigungshilfsmittel?  Ja  Nein
- Ist Ihr Zahnfleisch zurückgegangen?  Ja  Nein
- Beobachten Sie eine zunehmende Lockerung Ihrer Zähne?  Ja  Nein
- Hat sich Ihre Zahnstellung verändert und haben sich dabei Lücken gebildet?  Ja  Nein
- Sind Ihre Zähne von einem Kieferorthopäden korrigiert worden?  Ja  Nein
- Haben Sie zum Beispiel eine Spange oder Brackets gehabt?  Ja  Nein
- Lassen Sie Ihre Zähne regelmäßig professionell reinigen?  Ja  Nein
- Haben Sie häufiger Rücken- oder Nackenschmerzen?  Ja  Nein
- Haben Sie manchmal Schmerzen oder Knacken in den Kiefergelenken?  Ja  Nein
- Haben Sie manchmal Schmerzen in der Kaumuskulatur?  Ja  Nein
- Kauen Sie regelmäßig Kaugummi?  Ja  Nein
- Wenn ja, wie viele pro Tag?
- Kauen Sie auf Gegenständen?  Ja  Nein
- Wenn ja, auf welchen?
- Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?  Ja  Nein
- Wenn ja, wie alt ist dieser?
- Tragen Sie Ihren Zahnersatz regelmäßig?  Ja  Nein
- Sind Sie mit dem Aussehen und der Funktion Ihres Zahnersatzes (noch) zufrieden?  Ja  Nein
- Können Sie alles essen (Äpfel, Eis, saure/süße Speisen, klebriges)?  Ja  Nein
- Legen Sie neben der funktionellen Versorgung auch Wert auf ein ästhetisches (perfektes) Aussehen?
- sehr  nicht so sehr  überhaupt nicht

## Ihr persönlicher allgemeiner Gesundheitscheck

---

- Haben Sie eine Pflegegrad-Einstufung?  Ja  Nein
- Haben Sie eine Herzerkrankung?  Ja  Nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen?  Ja  Nein
- Haben Sie zu hohen Blutdruck?  Ja  Nein
- Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?  Ja  Nein
- Haben Sie eine Krebserkrankung gehabt und haben Sie Chemotherapie und/oder Bestrahlung bekommen?  Ja  Nein
- Nehmen Sie wegen der obigen Krebserkrankung immer noch Medikamente?  Ja  Nein
- Wenn ja, welche?



- Nehmen Sie Mittel zur Blutverdünnung? (z. B. ASS, Marcumar, Plavix, Xarelto oder andere)  Ja  Nein
- Haben Sie Blutungsneigung oder eine Bluterkrankung?  Ja  Nein
- Haben Sie Rheuma oder Gicht?  Ja  Nein
- Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?  Ja  Nein
- Haben Sie eine Lebererkrankung (Hepatitis)?  Ja  Nein
- Haben Sie eine Magen- oder Darmerkrankung?  Ja  Nein
- Haben Sie eine Nierenerkrankung?  Ja  Nein
- Haben Sie eine Lungenerkrankung oder Asthma?  Ja  Nein

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

(sollte hier nicht genug Platz sein, notieren Sie diese bitte mit der Menge und den Einnahmezeiten auf einem separaten Blatt und legen Sie es in diesen Bogen ein)

Haben Sie irgendwelche Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchen?

Sind sie Raucher?  Ja  Nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Sollten Sie bei Erkrankungen Angaben gemacht haben:  
Wer ist Ihr Hausarzt, bzw. betreuender Facharzt?

Wer ist Ihr vorbehandelnder Zahnarzt?

Hiermit erlaube ich der Praxis, Röntgenbilder von mir anzufordern.

Gummersbach, den

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Ich versichere, alle obigen Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben und bestätige, dass außer den oben erwähnten keine weiteren Erkrankungen vorliegen bzw. keine weiteren Medikamente von mir eingenommen werden. Jegliche Änderungen meines Gesundheitszustandes, bzw. der von mir eingenommenen Medikamente, teile ich umgehend der Praxis mit. Sollte ich eine Behandlung unter lokaler Betäubung wollen, so bestätige ich hiermit, dass ich über das minimale Risiko einer Nervschädigung im Unterkiefer aufgeklärt worden bin und hierzu keinerlei weitere Fragen mehr habe.

Bitte beachten Sie, dass wir eine reine Bestellpraxis führen. Termine sind daher exklusiv nur an einen Patienten vergeben und führen bei Nichterscheinen zu Leerzeiten.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind, benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der ersten Behandlungssitzung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten von uns eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Bitte beachten Sie, dass diese, wenn überhaupt, nur in geringen Teilen von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis meine Telefonnummer oder meine E-Mail Adresse für Terminerinnerungen nutzt.

Ich willige ein, dass die Praxis mich aus Gründen von Terminverlegungen, Absagen, Erinnerungen oder sonstigen, meine Behandlung betreffenden, Angelegenheiten, schriftlich, telefonisch, per E-Mail, WhatsApp, SMS, etc. kontaktieren darf.

Gummersbach, den

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

### **Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten etc.).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist die oben genannte Praxis.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten haben Sie uns gegenüber folgende Rechte:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz des Landes Nordrhein-Westfalen zu.

Ich bestätige mein Einverständnis in die oben aufgeführten Vereinbarungen:

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters