DR. CHRISTINE HERRMANN-FLECHTENMACHER
Zahnärztin

Herzlich Willkommen

in unserer Praxis für ein gesundes Lächeln, Zahnerhalt, Zahnästhetik und Zahnersatz.

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen die bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten.
Um dieses Ziel zu erfüllen, möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen und unseren Fragebogen so genau wie möglich auszufüllen.
Gerne nehmen wir uns die Zeit, noch einmal alle relevanten Fragen rund um den Bogen ausführlich mit Ihnen zu besprechen.
Alle nachfolgenden Fragen dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung.
Wir möchten Sie daher bitten, uns künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Anschrift mitzuteilen, um Ihre Kartei stets aktuell und vollständig zu halten.
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Kontaktdaten des Patienten

O männlich O weiblich O divers

Vorname		Name	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße & Hausnr.			
PLZ & Ort			
Telefon		Mobil	
eMail			
Beruf		Arbeitgeber	

Kontaktdaten des Hauptversicherten

O männlich O weiblich O divers

Vorname		Name	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße & Hausnr.			
PLZ & Ort			
Telefon		Mobil	
eMail			
Beruf		Arbeitgeber	

Ich bin wie folgt versichert

O Gesetzlich O Privat Versicherungsname

Zusatzversicherung Name der Zusatzversicherung

Besteht ein Pflegegrad? O Ja O Nein Welche Stufe? O 1 O 2 O 3 O 4 O 5

Röntgenbilder

O Mir liegen aktuelle Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes vor:

Datum Erstellung Ersteller

Angaben zum Hausarzt
Name und Standort des Arztes

Ihr Anliegen

Besuchsgrund

- ☐ Kontrolluntersuchung
- ☐ Zahnschmerzen
- ☐ Zahnfleischbluten
- ☐ Kiefergelenksbeschwerden
- ☐ Knirschen
- ☐ Mundgeruch
- ☐ Migräne / Kopf- und Nackenschmerzen
- ☐ sonstiges

Beratungswunsch

- ☐ Professionelle Zahnreinigung
- ☐ Zahnästhetik / Kosmetik
- ☐ Zahnfarbene Keramikfüllungen
- ☐ Erhalt der Zähne / Zahnfleischtherapie
- ☐ Weiße Zähne / Bleaching
- ☐ Zahnersatz
- ☐ Implantatversorgung
- ☐ Korrektur schiefer Zähne

Bitte beachten Sie:
Die Stellung der Zähne sollte keinesfalls isoliert betrachtet werden. Vielmehr sollten ganzheitliche Gesichtspunkte, wie die Vorbeugung von Erkrankungen sowie Funktion und Funktionsstörungen verstärkt Berücksichtigung finden

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln?

☺ sehr zufrieden | 😐 mäßig zufrieden | ☹ gar nicht zufrieden

Allgemeine Gesundheitsfragen

Ärztliche Behandlung

- ☐ Ich befinde mich zurzeit in ärztlicher Behandlung — Grund

Herzerkrankungen

- ☐ Herzinsuffizienz?
- ☐ Künstliche / Biologische Herzklappe?
- ☐ Sonstiges
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Herzinfarkt? — Datum

Kreislauferkrankungen

- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Sonstiges

Infektionserkrankungen

- ☐ Hepatitis (A/B/C) ?
- ☐ MRSA ?
- ☐ Tuberkulose?
- ☐ (Neue Variante der) Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)?
- ☐ HIV?

Stoffwechselerkrankungen

- ☐ Diabetes?
- ☐ Dialyse?
- ☐ Chronische Lebererkrankung?
- ☐ Sonstiges
- ☐ Schilddrüsenerkrankung?
- ☐ Magen-/Darmerkrankung?
- ☐ Nierenerkrankung?

Erkrankungen des Nervensystems

- ☐ Epileptische Anfälle?
- ☐ Sonstiges
- ☐ Depressionen?
- ☐ Demenz?

Sonstige Erkrankungen

☐ Rheuma? ☐ Augenerkrankungen? ☐ Bluterkrankungen?
☐ Chronische Lungenerkrankungen / Asthma?
☐ Nasen- / Nasennebenhöhlenerkrankungen?
☐ Künstliches Hüft- / oder Kniegelenk? Falls ja, Datum der OP
☐ Sonstiges

Medikamente

☐ Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein:

Nehmen Sie Blutverdünner? (z.B. Marcumar, Heparin / Clexane, ASS, Pradaxa, Plavix / Clopidogel, Xarelto, Eliquis, Brilique)
☐ Ja ☐ Nein

Bekommen oder bekamen Sie jemals Medikamente gegen Osteoporose oder Tumorerkrankungen? (z.B. Bisphosphonate wie Alendronsäure, Zometa, Prolia)
☐ Ja ☐ Nein

Geschlechtsbezogen

Sind Sie Schwanger? ☐ Ja (Monat der Schwangerschaft ☐ ☐ Nein

Allergien

Besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente? Wenn Ja, gegen welche?

Rauschmittel

Konsumieren Sie Alkohol- / und oder Rauschmittel?
☐ Ja (welche?) ☐ Nein

Rauchen Sie?
☐ Ja ☐ Nein

Konsumieren Sie Aufputsch- und / oder Beruhigungsmittel?
☐ Ja (welche?) ☐ Nein

Weitere freiwillige Angaben

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Internet ☐ Telefonbuch ☐ Überweisung
☐ Auf Empfehlung von

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

☐ E-Mail ☐ SMS ☐ Postalisch ☐ Gar nicht

Hinweise

Terminabsage

Wir bitte Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.
Bei Nichterscheinen ohne Absage behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallrechnung mit Pauschalbetrag für den freigehaltenen Termin in Rechnung zu stellen. Bitte beachten Sie, dass Sie nach dem dritten Mal des Nichterscheinens keinen weiteren Termin mehr von uns erhalten werden.

Bei jeder Anästhesie, vor allem der Leitungsanästhesie im Unterkiefer, kann es zu vorübergehenden oder bleibenden Schäden insbesondere von Nerven kommen

Betäubungsmittel können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen

Bitte bringen Sie bei jedem Besuch Ihre Krankenversichertenkarte mit

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten
Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Zahnarztpraxis Dr. med. dent- Christine Herrmann-Flechtenmacher meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.
Mir wurde nach Anfrage ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte:

- Über den Umfang und die Art der Daten
- Über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Zahnärzten/Psychotherapeuten/Logopäden/Physiotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- Mich betreffende Behandlungsdaten an weitere Ärzten/Zahnärzten/Psychotherapeuten/Logopäden/Physiotherapeuten und Leistungserbringern, in deren Behandlung ich war, übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise Labore/Dentallabore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (Speichelproben/Keimbestimmung/Zahnersatz) in Anspruch genommen werden.

Ich stimme einer Fotodokumentation im Rahmen der Behandlung und deren anonymer Veröffentlichung zu.
Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen zu.
Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden
Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufes aufgeklärt worden.
Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort/Datum	Unterschrift