



Ihre Daten

Zahnarztpraxis Dirk Schwarze
Lindenstr. 41
14532 Stahnsdorf

Tel +49 3329 696300
praxis@schwarze-stahnsdorf.de
www.schwarze-stahnsdorf.de

Bitte nehmen Sie sich Zeit, die folgenden Fragen im Interesse einer reibungslosen Behandlung sorgfältig zu beantworten.
Alle Mitarbeiter und Zahnärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ihre persönlichen Daten

Name des Patienten	Vorname des Patienten	Beruf, Arbeitgeber, Ort
Straße, Nummer	PLZ, Ort	Krankenkasse
Geburtsdatum	Ort	Telefon (tagsüber und/oder privat)*
		E-Mail*

Versicherter/ Zahlungspflichtiger/ Gesetzlicher Vertreter

Name und Vorname	Geburtsdatum	Beruf des Versicherten
Arbeitgeber	Krankenkasse	

Wie sind Sie versichert? ☐ GKV (gesetzlich) ☐ PKV (privat) Wenn **privat**, nutzen Sie Spezialtarife (z.B. Basistarif)?

Haben Sie eine private zahnärztliche **Zusatzversicherung**? ☐ Nein ☐ Ja, **Name der Versicherung**:

Sind Sie **beihilfeberechtigt**? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie eine **Pflegestufe**? ☐ Nein ☐ Ja, mit folgendem **Pflegegrad**

Warum kommen Sie zu uns in die Praxis?

☐ Ich habe akute Schmerzen oder andere Beschwerden ☐ Mein Behandlungswunsch:

☐ Ich komme auf Empfehlung von:

Darüber möchte ich mehr wissen:

☐ Professionelle Prophylaxe ☐ Implantat-Behandlung
☐ Behandlung beim Zahnfleischbluten ☐ Zahnaufhellung (Bleaching)
☐ Moderne Wurzelkanalbehandlung ☐ Kosmetische Zahnbehandlung ☐

☐ Zusätzlich wünsche ich eine Beratung über:

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? ☐ Nein ☐ Ja, etwas ☐ Ja, sehr

Informationen zu unserer Bestellpraxis/ Einwilligung Rechnungsversand per E-Mail:

Da wir eine Bestellpraxis führen, müssen vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden.

☐ Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ein Ausfallhonorar in Höhe von 80€/ pro Stunde (§§ 615/ 280 BGB) als Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann.

☐ Ja, ich möchte die Rechnungen, sowie ggf. Kostenvoranschläge per Mail im PDF-Format erhalten.

Aktuelle E-Mailadresse:

Ort, Datum: Unterschrift:

Bitte Seite „Gesundheitsfragen“ beachten!

Fragen zu Ihrer Gesundheit:

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

☐ Nein
 ☐ Ja

Wenn Ja, geben Sie bitte Name/Adresse/Telefon-Nr. des Arztes an

Werden Sie von einem Hausarzt betreut?

☐ Nein
 ☐ Ja

Wenn ja, geben Sie bitte Name/Adresse/Telefon-Nr. an

Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünner ein?

☐ Nein
 ☐ Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein
 ☐ Ja

Wenn Ja, welche:

Besitzen Sie einen Medikamentenplan?

☐ Nein
 ☐ Ja

Bekommen oder bekamen Sie jemals eine Bisphosphonatherapie?

☐ Nein
 ☐ Ja

Besteht bei Ihnen Verdacht auf Allergie/Überempfindlichkeit/Unverträglichkeit?

☐ Nein
 ☐ Ja

Wenn Ja, gegen welche Materialien/Medikamente?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

☐ Nein
 ☐ Ja

Besitzen Sie einen Herzpass?

☐ Nein
 ☐ Ja

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt?

Wie alt ist ggf. vorhandener Zahnersatz?

Herz-Kreislaufferkrankungen:

- ☐ Herzinfarkt
 ☐ Herzschrittmacher
 ☐ Herzklappenersatz
 ☐ Herzfehler
- ☐ Endokarditis
 ☐ Schlaganfall
 ☐ Bluthochdruck
 ☐ Gerinnungsstörung

Vegetative Erkrankungen:

Schwindel, Ohnmachtsanfälle?

☐ Nein
 ☐ Ja

Chronische Erkrankung der Atemwege (Asthma)?

☐ Nein
 ☐ Ja

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Wenn Ja, wie hoch ist ihr HbA1c-Wert?

☐ Nein
 ☐ Ja

Magen-Darm-Erkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Niereninsuffizienz?

☐ Nein
 ☐ Ja

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptische Anfälle, Krämpfe, Multiple Sklerose?

☐ Nein
 ☐ Ja

Augenerkrankungen:

Glaukom (Grüner Star)?

☐ Nein
 ☐ Ja

Grauer Star

Infektionskrankheiten:

Aids (HIV), Tuberkulose, Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis), Creutzfeld-Jakob-Krankheit?

☐ Nein
 ☐ Ja

Knochenerkrankungen:

Osteoporose, Knochentumore, Knochenmetastasen?

☐ Nein
 ☐ Ja

Röntgen:

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Kiefer-Bereich geröntgt?

Schwangerschaft:

Wenn Ja, in welcher Woche/welchem Monat?

☐ Nein
 ☐ Ja

Rauchen:

Sind Sie Raucher/in? Wenn Ja, rauchen Sie ☐ mehr oder ☐ weniger als 10 Zigaretten pro Tag?

☐ Nein
 ☐ Ja

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

Änderungen des Gesundheitszustandes teile ich vor der nächsten Behandlung mit. Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Aktualisiert: