



ZAHNARZTPRAXIS Dr. med. dent. Wolfram Kuiff und Kollegen

Ästhetik - Prophylaxe - Implantologie

Qualitätsmanagement zertifiziert nach ISO 9001:2008

Dr. Wolfram Kuiff - Verlautenheidener Str. 104 - 52080 Aachen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Alle Informationen sind auf freiwilliger Basis und dienen ausschließlich dem Zweck der zahnmedizinischen Behandlung.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort

Telefon / Handy-Nummer

Krankenkasse

Versicherter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort

Telefon / Handy-Nummer

Röntgen

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden ?

ja nein

Wenn ja, wann ?

Besitzen Sie einen Röntgenpass ?

ja nein

Wenn nein, wünschen Sie ggf. die Ausstellung eines Röntgenpasses ?

ja nein

Für Patientinnen

Sind Sie Schwanger ?

ja nein

Wenn ja, in welchem Monat ?

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Allgemeinmedizinische Auskünfte

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ? ja nein

Wenn ja, welche ?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente **nicht** ? ja nein

Wenn ja, welche ?

Nehmen Sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente ? ja nein

Wenn ja, welche ?

Besitzen Sie einen Allergiepass ? ja nein

Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt ?

Leiden oder litt^{en} Sie unter einer der folgenden Erkrankungen :

Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche) ja nein

Wenn ja, welche ?

Haben Sie einen **Herzschrittmacher** ? ja nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe** ? ja nein

Kreislaufferkrankungen (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall) ja nein

Wenn ja welche ?

Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenenerkrankung) ja nein

Wenn ja welche ?

Allergien / Atemwegserkrankungen (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma) ja nein

Wenn ja welche ?

Gehirn- und Nervenerkrankungen (z.B. Anfallsleiden, Migräne, Depression) ja nein

Wenn ja, welche ?

Erkrankung des Bewegungsapparates (z.B. Rheuma, Gicht) ja nein

Wenn ja, welche ?

Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung (z.B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht) ja nein

Wenn ja, welche ?

Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut, Bluter) ja nein

Wenn ja welche ?

Erkrankung der Augen (z.B. grauer Star, grüner Star) ja nein

Wenn ja welche ?

Leiden oder litt^{en} Sie an **Infektionskrankheiten** (z.B. HIV (Aids), Hepatitis, Tuberkulose)

Wenn ja welche ?

Sonstige Infektionskrankheiten ?

Nehmen Sie regelmäßig **Drogen** zu sich ? ja nein

Wenn ja, welche ?

Zahnmedizinische Auskünfte

Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung ? ja nein

Seit wann ?

Bei welchem Kieferorthopäden

Rauchen Sie ? ja nein

Haben Sie schlechten Atem ? ja nein

Haben Sie eine Veränderung der Zahnfarbe bemerkt ? ja nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Zahnreinigung durchgeführt ? ja nein

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf ? ja nein

Wenn ja welche ?

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf ? ja nein

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und / oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Hinweis zur Terminvergabe

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen müssen.

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter