

Zahnarztpraxis Alexander Tamburlini, Moorweg 5, 18184 Broderstorf
Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Patient:

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Straße: _____ **PLZ.:** _____ **Ort:** _____

gesetzlich versichert privat versichert

Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja welchen: _____

Tel.: (privat)* _____ / _____ **Tel.: (geschäftl.)** _____ / _____

e-Mail Adresse: _____ @ _____

Anamnese:

Wir bitten um folgende Angaben

Zutreffendes bitte unterstreichen/ ankreuzen

Sind Sie Raucher? _____ ja / nein

Leiden Sie unter:

Zahnfleischproblemen Parodontitis überempfindlichen Zähnen
 Kiefergelenksprobleme Mundgeruch

Haben Sie Prothesen im Körper?

künstliches Kniegelenk künstliches Hüftgelenk o.a. _____

Leiden oder litten Sie an:

Herz-/ Kreislauf – Erkrankungen?
 Herzschrittmacher Herzinfarkten Herzrhythmusstörungen Herzinsuffizienz

Osteoporose?

Nehmen oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen? ja
 ja / nein
Wann _____ Jahr

Infektionskrankheiten

Hepatitis A/B/C/D/E Tbc AIDS o.a. _____

innere Krankheiten

Diabetes Nierenfunktionsstörungen Schilddrüse Epilepsie
 o.a. _____

Leiden Sie an Asthma?

ja / nein

sonstige Krankheiten?

ja / nein

Arzneimittelüberempfindlichkeiten/ Allergien?

ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Erhielten Sie eine Chemo- bzw. Bestrahlungstherapie?

ja / nein
→ bitte wenden

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

O ja / O nein

!!! Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente ein?

O ja / O nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

O ja / O nein

Wenn ja, welcher Monat?

Monat _____

Haben Sie einen Beratungswunsch?

O Professionelle Zahnreinigung

O ständiges Zahnfleischbluten

O Zahnersatzversorgung

O Sie knirschen mit den Zähnen

O Sonstiges _____

Gestatten Sie uns **WÄHREND, VOR, NACH** der Behandlung Fotos von Ihnen zu machen?

Die Fotos werden ausschließlich für die Praxisarbeit verwendet.

O ja / O nein

Möchten Sie Ihre Rechnungen und Kostenvoranschläge per Mail zugeschickt bekommen?

O ja / O nein

Möchten Sie in unser Recall-Programm aufgenommen werden?

Wenn ja, wie

O per Mail

O per Anruf

O Postkarte

Aufklärung über die 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, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um dieses zu betäuben, wird die Lokalanästhesie möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste der Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanz nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es u.a. zu Komplikationen kommen.

wir halten Ihre personenbezogenen Daten, die unter folgenden Datenkategorien fallen:

Umgang mit personenbezogenen Daten

Die personenbezogene Datenverarbeitung ist grundsätzlich unzulässig und setzt eine gesetzliche Erlaubnis voraus. Personenbezogene Daten dürfen nach der (DSGVO) verarbeitet werden:

Vertragsverhältnis mit dem Betroffenen (z.B. Kontaktdaten des Ansprechpartners des Dentallabors, MIP, EDV Service)

- bei vorvertraglichen Maßnahmen auf Anfrage des Patienten sowie der Vertragsabwicklung mit dem Patienteninformationen
 - aufgrund einer Einwilligung des Betroffenen
 - aufgrund einer gesetzlichen Dokumentationspflicht
 - bei berechtigtem Interesse der Praxis
 - Anamnese Information
 - um den Praxisablauf zu gewährleisten

Broderstorf, _____

Unterschrift: _____