

**ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS  
ALEXANDRA BACHE und BARBARA WERBER**

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Zustand.

## Gesundheitsbogen

Patient .....  
Herr/Frau/Kind Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum und Geburtsort .....

Mitglied .....  
Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

Anschrift .....  
Straße ..... Telefon .....  
.....  
PLZ ..... Ort ..... Handy .....

E-mail Adresse .....

Krankenkasse .....

Zusatzversicherung bei .....

Beruf .....

Arbeitgeber .....  
.....  
Telefon .....

Bitte kreuzen Sie nur das an, was für Sie zutrifft.

**Herz / Kreislauf-  
erkrankungen**      Hoher Blutdruck .....   
                           Niedriger Blutdruck .....   
                           Angina pectoris.....   
                           Zustand nach Herzinfarkt.....   
                           Herzklappenerkrankung .....   
                           Einnahme gerinnungshemm. Medikamente(Markumar/ASS)...   
                           Neigung zur Thrombose (Venenentzündung).....

**Stoffwechsel-  
erkrankungen**      Diabetes(Zuckerkrankheit).....   
                           Magen-/Darmerkrankungen.....   
                           Schilddrüsenerkrankungen.....

**Erkrankungen des  
Nervensystems**      Epileptiforme Anfälle.....

**Bluterkrankungen**      Blutungsneigung (Hämophilie).....   
                           Blutarmut (Anämie).....

**Allergien**              Asthma.....   
                           Heuschnupfen.....   
                           Penicillin-Überempfindlichkeit.....   
                           Latex-Allergie .....   
                           Sonstiges(z.B.Metalle,Lacke).....   
                           **Bitte Allergiepass vorlegen**

**Infektionskrankheiten**      MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus.).....   
                           Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.....   
                           Sonstiges .....

**Bitte wenden**      →

- Suchterkrankungen** Welche?.....
- Sonstige Erkrankungen** Osteoporose .....   
 Operationen .....   
 Tumorerkrankungen .....   
 Bisphosphonat – Einnahme .....

Sind Sie wegen dieser oder anderer Krankheiten in ärztlicher Behandlung, so nennen Sie uns bitte Namen und Adresse des behandelnden Arztes:

.....

Welche Medikamente nehmen Sie ständig ein?.....  
 Liegt Ihnen dazu von ihrem Hausarzt ein Einnahmeplan vor ? Wenn ja, bitte legen Sie uns eine Kopie vor.

Wie lange liegt die letzte zahnärztliche Behandlung zurück?.....

Sind bereits Komplikationen bei zahnärztlicher Behandlung oder örtlicher Betäubung (Spritze) aufgetreten?

**Aufklärung über Lokalanästhesie :**

Mir ist bekannt, dass mit einer Betäubungsspritze Risiken und Nebenwirkungen verbunden sein können. Es können in deren Folge Blutergüsse, Gefäß- und Nervverletzungen und Schleimhautnekrosen eintreten. Nervverletzungen können speziell im Bereich des Nervus lingualis und des Nervus mandibularis auftreten. Die Folge wären zeitweise bis dauerhafte Gefühlsverluste im Bereich der Zunge, des Geschmacks, der Unterkieferseite und oder der Unterlippenseite.

Mir ist bekannt, dass nach einer Anästhesie eine eingeschränkte Fahrtüchtigkeit bestehen kann.

Ich stimme trotzdem einer ggf. notwendigen Schmerzausschaltung mit Lokalanästhesie in zukünftigen Behandlungen zu.

- Hatten Sie jemals -eine kieferorthopädische Behandlung(Spange)?   
 -eine Zahnfleischbehandlung?   
 -eine Behandlung von Kiefergelenks/ Kaumuskelbeschwerden?

Besteht eine Schwangerschaft ? Wenn ja, welche Woche ? .....

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?.....

Möchten Sie an die regelmäßigen Kontrolltermine erinnert werden ?

Wodurch oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?  
 (Kollegen,Freunde, Verwandte, Arzt?) \_\_\_\_\_

**Sollten sich die oben gemachten Angaben ändern, verpflichte ich mich, dies dem Zahnarzt unaufgefordert mitzuteilen.**

Zwischen der /dem oben genannten Patientin/en und der Gemeinschaftspraxis A.Bache und B.Werber wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Die **Behandlung** erfolgt, sofern der Patient nicht anderes wünscht, **gemäß den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen**, nämlich **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich**. Die Leistungen werden, soweit vom Gesetzgeber so vorgesehen, direkt über die **Krankenversicherungskarte** mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechnet. Der/Die Patient/in wurde informiert, dass ihm/ihr die Behandlungskosten in Rechnung gestellt werden, sofern er/sie nicht innerhalb von 10 Tagen bzw. vor Quartelsende einen Zahnbehandlungsschein oder eine Krankenversicherungskarte einer gesetzlichen Krankenkasse vorlegt. Für **Behandlungen, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden**, erhält er/sie nach vorheriger Absprache eine **Privatrechnung**. Erziehungsberechtigte treten den Forderungen gegenüber ihren Kindern ein.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehenden nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Patienten können Termine spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenlos absagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden wir Ihnen nach § 615 BGB in Rechnung stellen.

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.**

.....  
 Unterschrift Zahnarzt

.....  
 Datum und Unterschrift Patient