



Gesundheitsfragebogen NEUPATIENTEN

Zahnarztpraxis Kuhlow & Kollegen

Patientendaten

Name, Vorname (Patient/in): _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Versicherter (falls abweichend vom Patienten, z. B. bei Kindern):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten: Mutter Vater

Sonstiges: _____

Allgemeine Gesundheitsangaben

1. Leiden Sie aktuell oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

- Herz-/Kreislaufkrankungen Herzschrittmacher/Stent
- Diabetes
- Blutgerinnungsstörungen/Hämophilie
- Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, COPD)
- Rheuma / Autoimmunerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Bluthochdruck Niedriger Blutdruck
- Epilepsie
- Alkoholabhängigkeit / Alkoholismus trockener Alkoholika
- HIV / Hepatitis
- Sonstiges: _____

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
(Medikamentenplan vorhanden?)

Wenn ja, welche? (z.B. Blutverdünner) _____

3. Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
4. Wer ist Ihr Hausarzt? _____
5. Besteht bei Ihnen aktuell eine Schwangerschaft? Ja Nein
6. Bestehen bei Ihnen Allergien (z. B. Medikamente, Latex, Anästhetika)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
7. Rauchen Sie? Ja Nein

Zahnärztliche Angaben

1. Haben Sie aktuell Beschwerden im Mund-/Zahnbereich? Ja Nein
Wenn ja: _____
2. Haben Sie Angst vor zahnärztlicher Behandlung? Ja Nein
Angststufe (1-10): _____
3. Tragen Sie Zahnersatz (z. B. Krone, Brücke, Implantat, Prothese)?
 Ja Nein
Wenn ja, was genau? (bitte ankreuzen)
 Krone Brücke Implantat Prothese Sonstiges: _____
Wie alt ist der Zahnersatz? _____
4. Gab es bei früheren Betäubungen Komplikationen, wie zum Beispiel Schwindel, Ohnmacht oder andere unerwünschte Reaktionen?
 Ja Nein
Wenn ja, bitte beschreiben: _____
5. Lassen Sie regelmäßig zahnärztliche Kontrollen und Zahnreinigungen durchführen?
 Ja Nein
Wenn ja, wann war die letzte Kontrolle? _____
Wenn ja, wann war die letzte Zahnreinigung? _____
6. Ist Ihr Bonusheft in den letzten Jahren lückenlos geführt worden?
 Ja Nein Seit wann? _____
7. Gibt es bereits Röntgenbilder? Ja Nein
8. Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung)? Ja Nein
Wenn ja, wann ungefähr? _____
9. Haben oder hatten Sie eine Knirscherschiene? Ja Nein

Datenschutzhinweis

Gemäß Art. 13 DSGVO informieren wir Sie darüber, dass Ihre personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Gesundheitsdaten usw.) ausschließlich zum Zweck der zahnärztlichen Behandlung und Abrechnung verarbeitet werden. Eine Weitergabe erfolgt nur, sofern dies zur Behandlung oder Abrechnung erforderlich ist (z. B. an Labore, Abrechnungsstellen oder Krankenkassen).

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. ⓘ Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Praxis oder auf unserer Website: www.info@zahnarzt-zossen.de

Einverständniserklärung zur Behandlung

- Allgemeine zahnärztliche Behandlung: Ich bin mit der Durchführung zahnärztlicher Untersuchungen und Behandlungen in dieser Praxis einverstanden.
- Anfertigung von Röntgenaufnahmen: Ich bin damit einverstanden, dass zur Diagnostik und Behandlungsplanung Röntgenbilder meines Gebisses erstellt werden.
- Durchführung einer Lokalanästhesie (örtlichen Betäubung): Ich willige ein, dass bei Bedarf eine örtliche Betäubung angewendet wird.

Aufklärung zur Lokalanästhesie:

Ich wurde darüber informiert, dass es nach einer Lokalanästhesie im Unterkiefer und an der Zunge in seltenen Fällen zu vorübergehenden Irritationen wie Taubheitsgefühl oder Kribbeln kommen kann. Diese Symptome klingen in der Regel von selbst wieder ab.

Es wurde mir erklärt, dass nach der Durchführung der Anästhesie die Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Risiko verbunden ist. Ebenso sollte der Verzehr von Speisen sowie das Trinken von heißen Getränken erst erfolgen, wenn die Betäubung vollständig abgeklungen ist.

- Datenschutz (gemäß DSGVO): Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.
- Ich versichere, alle Angaben im Gesundheitsbogen vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/r):



Zahnarztpraxis Kuhlow & Kollegen

Wichtige Information zu Terminabsagen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir planen für jeden Termin ausreichend Zeit und Ressourcen ein, um eine hochwertige Versorgung sicherzustellen. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden vorher per E-Mail oder telefonisch abzusagen.

Bei Nichterscheinen ohne Absage oder bei kurzfristiger Absage behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,00€ zu berechnen.

Rechtsgrundlage (§ 615 BGB):

„Kommt der Dienstberechtigte mit der Annahme der Dienste in Verzug, so kann der Dienstverpflichtete die vereinbarte Vergütung verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein.“

Das bedeutet: Auch wenn die Behandlung nicht stattfinden konnte, besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Vergütung. Diese Regelung hilft uns, Wartezeiten gering zu halten und die Terminvergabe fair und effizient zu gestalten. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Rücksichtnahme.

Wichtiger Hinweis:

Sollten Sie den Termin aus einem wichtigen, nachweislich nicht selbst verschuldeten Grund (z. B. akute Erkrankung, Unfall, höhere Gewalt) nicht wahrnehmen können, verzichten wir selbstverständlich auf das Ausfallhonorar. Bitte informieren Sie uns in einem solchen Fall schnellstmöglich und reichen Sie ggf. einen Nachweis nach.

Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

dass ich über das mögliche Ausfallhonorar bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage informiert wurde.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Datenschutzhinweis zur Nutzung von

Für unsere Terminorganisation nutzen wir das Online-Buchungssystem Doctolib. Doctolib verarbeitet Ihre Daten nach höchsten Datenschutzstandards und gibt keine Daten an Dritte zu Werbezwecken weiter.

Besonderheiten der Online-Buchung:

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto erforderlich. Verantwortlich für diese Datenverarbeitung ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin). Es gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib. Die Nutzung erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

Einwilligung zu Terminerinnerungen & Recalls:

Wir bieten Ihnen eine Erinnerung an Ihre Termine per SMS und/oder E-Mail an – inklusive Hinweise zu Kontrolluntersuchungen oder Folgebehandlungen.

- Ja, ich möchte Terminerinnerungen & Recalls erhalten.
 Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen & Recalls erhalten.

(Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.)

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/r):

① Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Praxis oder auf unserer Website: www.info@zahnarzt-zossen.de