

Patientenerhebungsbogen

Kontaktdaten	
Nachname	
Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
Geburtsdatum	
Name Ihrer Krankenkasse	
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert
Pflegegrad	
Freiwillige Angaben	
Telefonnummer	
E-Mail	
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> freiberuflich
Name Ihres Arbeitgebers Ort	
Hausarzt Ort	

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Teilen Sie uns bitte auch immer Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Herz-/Kreislaufkrankungen			
Hoher Blutdruck		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschritmacher		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Immunsupprimierte Patienten			
Organtransplantiert		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantiert		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Infektiöse Erkrankungen			
HIV-Infektion Stadium AIDS		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung Hepatitis		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Corona		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK/vCJK)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Krankheitsbilder			
Anfallsleiden (Epilepsie)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma Lungenerkrankung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes Zuckerkrankheit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma Arthritis		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen			

Allergien bzw. Unverträglichkeiten			
Lokalanästhesie Spritzen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle/welche			

Schwangerschaft			
Besteht eine Schwangerschaft?	Monat:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stillen Sie zur Zeit?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Röntgen			
Wurden bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	Monat/Jahr:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Einnahme von Medikamenten			
Nehmen Sie derzeit Medikamente? Welche?			
		seit:	
		seit:	
		seit:	
Konsumieren Sie Drogen?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Bisphosphonate?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Datum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sind Sie Raucher?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Legen Sie (ggf. als Angstpatient) Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie ggf. zahnfarbene Füllungen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie ggf. eine Zahnaufhellung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?			

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System (aktive Erinnerung an Termine) einverstanden.

☐ ja

☐ nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt eine private Rechnungslegung.

Ort | Datum

Unterschrift: Patient/gesetzl. Vertreter

Herzlichen Dank!



Zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in aller Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Die Zahn-, Mund- und Kieferregion wird überwiegend durch den Nervus trigeminus (einer der Hirnnerven) versorgt. Um diesen Nerv zu betäuben, wird das Lokalanästhetikum möglichst nahe an kleine Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat (intraligamentäre Anästhesie) oder in der Nähe eines der drei Hauptäste des Nervus trigeminus (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die örtliche Betäubung ein sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht absolut vermeidbar.

Folgende Komplikationen können auftreten:

Bluterguss: Durch Verletzung kleinerer Blutgefäße können Einblutungen in das umgebende Gewebe auftreten. Bei einer Einblutung in die Kaumuskulatur kann es zu einer Einschränkung der Mundöffnung und leichten Schmerzen kommen, in ganz seltenen Fällen später auch zu Infektionen.

Nervschädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann es in sehr seltenen Fällen zu einer Schädigung von Nervenfasern kommen. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem örtliche Betäubung (Leitungsanästhesie) im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- und Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Behandlung dieser Schädigung gibt es nicht. Die Möglichkeit einer spontanen Heilung muss abgewartet werden.

Verkehrsuntüchtigkeit: Durch die örtliche Betäubung und die zahnärztliche Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Ursache dafür sind in erster Linie nicht die verwendeten Medikamente, sondern Stress und Angstgefühle im Zusammenhang mit der Behandlung sowie Beschwerden im Bereich des Eingriffes. Sie sollten daher nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung: Falls außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Gewebe (z.B. Zunge, Lippen, Wangen) betäubt sind, verzichten Sie bitte – solange die Betäubung wirkt – auf die Nahrungsaufnahme und auf Tabakkonsum (Rauchen). Neben Bissverletzungen sind auch Erfrierungen und Verbrennungen möglich.

Ich bin über Anästhesie und Wirkung und Nebenwirkung ausführlich aufgeklärt worden, habe es verstanden und bin mit einer Lokalanästhesie einverstanden.

Ort Datum	Unterschrift: Patient/gesetzl. Vertreter
-------------	--

Erstellt/Datum	Geprüft/Datum: Bearbeitet	Freigegeben/Datum:
----------------	------------------------------	--------------------

Röntgenaufnahmen in der Zahnarztpraxis

Röntgenaufnahmen in der Zahnarztpraxis sind in vieler Hinsicht ein wichtiger Bestandteil zahnärztlicher Arbeit und tragen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit im Rahmen der Diagnostik bei.

Bei der Durchführung von Röntgenaufnahmen in der Zahnarztpraxis bestehen – wie bei allen (zahn-) ärztlichen Maßnahmen – gewisse Risiken:

- Belastung durch Röntgenstrahlung, die zum allgemeinen Krebsrisiko beiträgt.
- Das Risiko von Fehlbildungen bei Ungeborenen wird durch Röntgenstrahlung erhöht.

Röntgenaufnahmen sind wertvolle Dokumente.

- In der Schwangerschaft sollten möglichst keine Röntgenaufnahmen durchgeführt werden. Weisen Sie bitte vor einer Röntgenaufnahme unbedingt darauf hin, wenn eine Schwangerschaft besteht, vermutet wird oder nicht sicher ausgeschlossen werden kann.
- Für Röntgenübersichtsaufnahmen (Panoramaschichtaufnahmen) müssen möglichst alle Metallteile vom Kopf entfernt werden, um die Aufnahme nicht zu stören.
- Herausnehmbaren Zahnersatz/Prothesen vor der Röntgenaufnahme herausnehmen.

Sollten Sie die vorgeschlagenen Röntgenaufnahmen nicht durchführen lassen, kann dies nachteilige Folgen für Sie mit sich bringen:

- Ohne Früherkennungs-Röntgenaufnahmen können bestimmte Krankheitsprozesse erst später erkannt werden.
- Ohne Röntgenaufnahmen zur Diagnose kann die genaue Ursache mancher Beschwerden und Schmerzen nicht sicher bestimmt werden.
- Nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst und entsprechenden Rechtsvorschriften dürfen ohne orientierende Röntgenaufnahmen bestimmte zahnärztliche Maßnahmen nicht durchgeführt werden.
- Ohne vorhergehende, begleitende oder nachträgliche Röntgenkontrollaufnahmen können viele Behandlungen nicht sicher durchgeführt werden.

**Ich willige in die Durchführung von Röntgenaufnahmen ein.
Mit notwendigen Röntgenaufnahmen bin ich einverstanden.**

Ort | Datum Unterschrift: Patient / gesetzl. Vertreter

Erstellt Datum	Geprüft Datum: Bearbeitet	Freigegeben Datum:
------------------	--------------------------------	----------------------

Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in) oder abweichender Rechnungsempfänger:

Bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Patient¹

Vorname, Nachname*
Straße, Haus-Nr.*
PLZ, Ort*
Geburtsdatum*

*Pflichtfeld

Vorname, Nachname
Straße, Haus-Nr.
PLZ, Ort
Geburtsdatum

per Hand oder digital ausfüllbar

Einverständniserklärung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. a) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und zur Forderungsabtretung, zur Datenweitergabe sowie zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Einwilligung zur Forderungsabtretung

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine behandelnde Einheit² (siehe Angaben im Stempel) die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die **ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG**, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz **ZA AG**) abtritt. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die **ZA AG** ihrerseits diese Forderung an Refinanzierer (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG oder an die UniCredit Bank GmbH) weiter abtritt.

Datenschutzrechtliches Einverständnis

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine behandelnde Einheit als ursprünglich datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle, die sich aus meiner Behandlung ergebenden personenbezogenen Daten (v. a. Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum sowie weitere nach den einschlägigen Gebührenordnungen oder nach sonstigen Rechnungslegungsvorschriften erforderliche bzw. auch bei Abrechnungsstreitigkeiten ggf. weitere notwendige Daten wie Befunde, Leistungsziffern und Behandlungstermine/Leistungszeitpunkte) an **ZA AG** zu Abrechnungszwecken weitergeben darf.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass die **ZA AG** die von meiner behandelnden Einheit an sie abgetretene Forderungen bzw. die damit zusammenhängenden Daten in grundsätzlich reduzierter Form (Adress- und Stammdaten) zum Zwecke der Refinanzierung an die oben genannten Refinanzierer mit der Folge weitergeben kann, dass in Bezug auf die reduziert weitergegebenen Daten eine weitere datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit der jeweils refinanzierenden Einheit begründet wird.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass die verantwortliche Stelle Bonitätsauskünfte bei der SCHUFA Holding AG, Creditreform Boniversum GmbH oder infocore Consumer Data GmbH einholen kann und dazu meinen Namen, meinen Vornamen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Auskunftsfirma übermittelt (Bonitätsabfragen bei Auskunftsfirmen).
- Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass meine Daten mithilfe des internen Bonitätsbewertungstools der **ZA AG** (**ZA:riskmanager**) ggf. automatisiert verarbeitet werden, um zu ermitteln, ob und inwieweit eine Forderung mir gegenüber erfolgreich durchgesetzt werden kann (softwarebasierte Bonitätsbewertung).

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- In Kenntnis der Folgen meiner Erklärung entbinde ich meine behandelnde Einheit gegenüber der **ZA AG** sowie mittelbar gegenüber einem der jeweiligen Refinanzierer (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG oder UniCredit Bank GmbH) hinsichtlich meiner im Zusammenhang mit der Behandlung und Abrechnung erhobenen Daten widerruflich von der (zahn-)ärztlichen Schweigepflicht. Die Schweigepflichtentbindung soll eine Weitergabe bzw. Weiterverarbeitung meiner Daten zu Abrechnungs- und Refinanzierungszwecken ermöglichen. Mir ist bekannt, dass nur für bestimmte Berufsgruppen (Ärzte etc.) und ihre Angestellten strenge gesetzliche bzw. berufsrechtliche und nach § 203 StGB strafrechtlich sanktionierbare Verschwiegenheitspflichten gelten, die infolge der Weitergabe und (Weiter-)Abtretung für die o. g. Refinanzierer bzw. deren handelnden Personen, die meine Daten weiterverarbeiten, nicht mehr gelten müssen.

Freiwilligkeit und Folgenlosigkeit der Nichterteilung des Einverständnisses sowie Widerruflichkeit

Das Einverständnis ist freiwillig, insbesondere darf die behandelnde Einheit die Behandlung nicht von der Erteilung der vorstehenden Einverständniserklärungen abhängig machen bzw. gemacht haben und mich auch keinen Nachteilen bei der Behandlung aussetzen, wenn ich mein Einverständnis nicht erteile.

Die Einverständniserklärung kann für zukünftige Behandlungen ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Für die laufende Behandlung ist der Widerruf nur solange möglich, wie die behandelnde Einheit die Daten noch nicht an die **ZA AG** weitergeleitet hat. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird vom Widerruf des Einverständnisses nicht berührt.

Betroffenen stehen ferner die weiteren in den beigefügten Informationen nach Art. 14 DSGVO dargestellten Rechte zu.

Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die beigefügte Information nach Art. 14 DSGVO erhalten habe, das Einverständnis freiwillig und in Kenntnis der Widerruflichkeit erteile.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

ggf. Unterschrift gesetzlicher Vertreter*

*Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzliche Vertretung, zur alleinigen Erklärung und Unterschrift berechtigt zu sein.

Praxisstempel

¹ Selbst wenn in diesem Text nur die männliche Form Verwendung findet, sind alle Geschlechter gleichermaßen gemeint

² Der Begriff „behandelnde Einheit“ ist unabhängig von der Rechts- und Organisationsform (z. B. Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft bzw. einzelner behandelnder (Zahn-)Arzt, medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), [(Tages-)klinik]) zu verstehen.

