

Zahnarzt
Andreas Hager
Tätigkeitsschwerpunkte
Prophylaxe, Endodontie

Freier-Grund-Straße 8
57299 Burbach
Tel. 02736-5520
Fax 02736-57326
zahnarzt@andreashager.de
www.andreashager.de

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	Hausarzt (allgemeine Medizin)
Anschrift		Arbeitgeber, Beruf	
Telefon	Telefon tagsüber / Mobiltelefon	eMail-Adresse	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir sind bemüht, Ihnen eine möglichst angenehme und umfassende Behandlung zu bieten. Im Interesse eines komplikationslosen Verlaufs bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei evtl. auftretenden Fragen sind wir Ihnen selbstverständlich gerne behilflich.

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Herz- Kreislauferkrankungen, Blutdruckprobleme | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Erhöhte Blutungsneigung (Gerinnungsstörungen) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Erkrankungen der Schilddrüse? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergien (wogegen?) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <hr/> | | |
| Lebererkrankungen (z.B.Hepatitis: Gelbsucht) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Infektionskrankheiten (z.B. HIV+, Tuberkulose, Hepatitis) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Immunschwäche | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| rheumatische Erkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma oder Lungenerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| sonstige Erkrankungen: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? (wenn ja: welche?) ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Bemerken Sie Zahnfleischbluten? (z.B. beim Zähneputzen) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wurde bei Ihnen bereits eine Parodontitis-Behandlung („Zahnfleisch-Behandlung“) durchgeführt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wurden bei Ihnen bereits professionelle Zahnreinigungen durchgeführt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Knirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Zahnarzt
Andreas Hager
Tätigkeitsschwerpunkte
Prophylaxe, Endodontie

Freier-Grund-Straße 8
57299 Burbach
Tel. 02736-5520
Fax 02736-57326
zahnarzt@andreashager.de
www.andreashager.de

Rauchen Sie? Wenn ja: Zigaretten Zigarren Zigarillos Pfeife
Wie viele davon pro Tag? _____

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? Wenn ja: Vor was im Besonderen? ja nein

Möchten Sie von uns informiert werden, wenn wieder ein Termin zur Prophylaxe erforderlich ist?
 ja nein

Aus welchem Grund haben Sie sich für unsere Praxis entschieden?

Google-Suche Praxis nach Empfehlung gezielt im Internet gesucht Bewertungsportal
Praxis von Straße aus gesehen Wohnortnähe persönliche Empfehlung
Durch: _____

Zur Vermeidung von Wartezeiten arbeiten wir ausschließlich mit Bestellsystem und Terminvergabe. Somit wird die Behandlungszeit während eines Termins exklusiv für Sie persönlich reserviert. Sagen Sie deshalb Termine, die Sie nicht einhalten können, bitte möglichst frühzeitig – mindestens jedoch 48 Stunden vor Behandlungsbeginn – ab. Sollten wir, insbesondere bei Terminen ab 1 Stunde Dauer, vergeblich auf Sie warten, oder nach zu kurzfristiger Absage keinen anderen Patienten an Ihrem Termin einbestellen können, müssen wir Ihnen die Betriebskosten mit 85,- Euro je halber Stunde in Rechnung stellen (unverschuldete Verhinderung wie z.B. Unfall od. Unwetter ausgenommen).

Nach der Anwendung eines Lokalanästhetikums (Spritze) kann die Fahrtüchtigkeit im Straßenverkehr vorübergehend beeinträchtigt werden. Wir empfehlen deshalb, solche Termine mittels öffentlicher Verkehrsmittel oder der Hilfe einer dritten Person wahrzunehmen.

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, Sie über die Risiken einer Lokalanästhesie (Spritze) aufzuklären. Insbesondere beim Legen einer so genannten Leitungsanästhesie im Unterkiefer kann das Anästhetikum versehentlich in ein Blutgefäß abgegeben werden, was Herz-Kreislauf-Komplikationen bis zum Herz-Stillstand auslösen kann. Weiterhin sind allergische Reaktionen sowie Verletzungen des Unterkiefernerven oder Zungennerven möglich. Diese Verletzungen können zu vorübergehenden, in sehr seltenen Fällen auch dauerhaften Beeinträchtigungen der Empfindungsfähigkeit (=Sensibilität) von Zunge oder Lippe führen. Es ist ebenfalls möglich, dass bei der Injektion mit der Kanüle Keime von der Schleimhautoberfläche in die Tiefe transportiert werden und dort entzündliche Reaktionen bis hin zur Ausbildung von Abszessen auslösen.

.....
Datum, Unterschrift

Einwilligung zum Austausch von
Patientendaten mit medizinischen Kollegen, Laboren
und zur Übermittlung von Terminerinnerungen an den
Patienten via WhatsApp, SMS oder Email

Hiermit willige ich,

_____ ein,
Name

dass mein behandelnder Zahnarzt **Andreas Hager**
meine Patienten-, Befund- und Behandlungsdaten elektronisch
verarbeiten, und mit anderen Ärzten, Physiotherapeuten und
Osteopathen austauschen darf,
soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.
Diese Einwilligung umfasst auch die ggf. für mich tätig werdenden
Mitarbeiter des jeweils beauftragten Dental-Labors.

Diese Einwilligung gilt bis auf Widerruf.

Datum, Unterschrift! Patient/Patientin

Im Sinne der Textverständlichkeit schließen die o.g. männlichen Formen die weiblichen
und sächlichen Formen ausdrücklich mit ein.