

Bitte freilassen

Telefon:

E-Mail:

Überweisende*r Arzt/Ärztin oder Zahnarzt/-ärztin:

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Herz- oder Kreislauferkrankung:
z.B. hoher Blutdruck, Endokarditis, Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe, Angina pectoris, Herzinfarkt
- Nierenerkrankung Rheuma, Gelenkschwellungen
- hoher Blutzucker Schilddrüsenerkrankung
- Asthma Grüner Star (Glaukom)
- Lebererkrankung Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)
- Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?
- Leiden Sie unter einer Allergie? Wenn ja, unter welcher/n? Haben Sie einen Allergieausweis?
- Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein:
Falls Sie einen Medikamentenplan haben, geben Sie diesen bitte an der Rezeption ab, damit wir eine Kopie anfertigen können.
- Wurde oder wird bei Ihnen eine Chemotherapie oder eine Therapie mit Bisphosphonaten durchgeführt?
- Ich habe Spritzen zur örtlichen Betäubung nicht vertragen.
- Ich habe folgende Antibiotika nicht vertragen:
- Ich neige zu verstärkten Blutungen nach zahnärztlichen Eingriffen.
- Ich leide an folgenden chronischen Infektionskrankheiten:
z.B. Hepatitis, HIV/AIDS, Tuberkulose, MRSA (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus)
- Ich leide sonst noch unter folgenden Erkrankungen:
- Ich habe im letzten Jahr meinen Arzt wegen folgender Erkrankung aufgesucht:
- Ich habe Zahnfleischbluten/Mundgeruch.
- Ich möchte über Leistungen informiert werden, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.
z.B. Mehrkostenfüllungen, mikroskopische Wurzelkanalbehandlungen, Professionelle Zahnreinigung etc.
- Ich habe eine Zusatzversicherung.
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein fraglich

Datum

Unterschrift

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zu eventuell notwendigen Abklärungen oder Informationen
- mit meiner/m Hauszahnärztin/-arzt
 - mit meiner/m Hausärztin/-arzt
 - mit weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen und
 - zwischen den Zahn-/Ärzten der Praxisgemeinschaft Dres. Wiegel ausgetauscht werden dürfen, und dass
 - zahntechnische Fragestellungen mit den Mitarbeiter*innen des beauftragten zahntechnischen Labors besprochen werden,
 - die Datenverarbeitungssysteme und Programme von den beauftragten Firmen (Evident in Bad Kreuznach, CoSi in Sigmaringen und VisionmaxX in Pfungstadt) gewartet werden,
 - die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Informationen an die beteiligten Institutionen und
 - Daten an meine gesetzliche Krankenkasse bzw. meine private Krankenversicherung weitergeleitet werden.

Datum

Unterschrift

ERKLÄRUNG ÜBER DIE LOKAL- UND LEITUNGSANÄSTHESIE

Für manche zahnärztlichen Eingriffe wird eine örtliche Betäubung gewünscht oder benötigt.

Ich bin damit einverstanden, dass mir – falls notwendig – eine Lokal- oder Leitungsanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Extrem selten können jedoch auch bleibende Sensibilitätsstörungen resultieren. Außerdem kann es durch eine Leitungsanästhesie im Unterkiefer zu einer vorübergehenden Kieferöffnungseinschränkung durch Hämatombildung kommen. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlichen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

Datum

Unterschrift

nachfolgenden Abschnitt bitte nur nach Aufforderung ausfüllen

ERNEUERUNG DER ANAMNESE

Ich versichere, dass die obenstehenden Angaben korrekt sind. Falls nicht, sind die Änderungen oben angegeben.

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift: