



Praxis für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie | Oralchirurgie

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. Matthias Brückner | Dr. Martin Brückner, M.Sc. | Dr. Marcus Karapetow | Dr. Janina Dimow | Dr. Axel Wußmann

Praxis für Ästhetische Zahnheilkunde

Tätigkeitsschwerpunkt Implantatprothetik

Dipl.-Stom. Gundi Brückner | Dr. Hannes Brückner | Dr. Viktoria Vaal | Dr. Theres Brückner | ZÄ Luise Rasche

Bismarckstraße 7, 01257 Dresden

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wenn Sie von uns behandelt werden möchten, benötigen wir von Ihnen verschiedene Angaben und persönliche Daten. Es ist sehr wichtig zu wissen, worauf wir bei Ihnen achten müssen, damit wir Sie optimal versorgen können.

Personalien/Terminvergabe

Patient/in	Geburtsdatum
Versicherte/r	Geburtsdatum
<input type="radio"/> Vater/Mutter <input type="radio"/> Ehepartner/in	
Adresse	Krankenkasse
	Versicherungsstatus
	<input type="radio"/> gesetzlich versichert
	<input type="radio"/> pflichtversichert <input type="radio"/> freiwillig
	<input type="radio"/> private Zusatzversicherung
	<input type="radio"/> privat versichert
	<input type="radio"/> vollversichert <input type="radio"/> Beihilfe <input type="radio"/> Basistarif
	<input type="radio"/> Bonusheft vollständig <input type="radio"/> 5 Jahre <input type="radio"/> 10 Jahre
Telefon	Beruf
E-Mail	
Betreuer/in (falls vorhanden)	Pflegegrad
Bitte Ausweis vorlegen.	
Telefon Betreuer/in	

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Praxis als **Bestellpraxis mit Wartelisten und Terminvergaben** arbeitet. Bei Absagen, die nicht spätestens 24h vor dem geplanten Behandlungstermin erfolgen, ist es nicht möglich eine(n) andere(n) Patientin/Patienten einzubestellen. Ich verpflichte mich daher, Termine, welche ich nicht wahrnehmen kann, spätestens **24 h vorher abzusagen**. Unterbleibt die rechtzeitige Absage, behält sich die Praxis als Schadensersatz für den ausgefallenen Termin vor, eine **Ausfallpauschale in Rechnung zu stellen**, welche individuell und nach Absprache gemäß §§ 611, 615 BGB zu zahlen ist. Ich wurde ausführlich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar nicht von der gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird und durch mich selbst zu zahlen ist. Wir behalten uns vor, bei Nichterscheinen keine weiteren Termine mehr zu vergeben.

Zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Schmerzausschaltung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können zahnärztliche Eingriffe in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung darstellt, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht gänzlich auszuschließen. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen: Hämatom (Bluterguss), Nervschädigung (vorübergehend oder äußerst selten dauerhaft), eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit, Selbstverletzung (solange die Betäubung anhält). Dies habe ich verstanden.

Datenschutz/Schweigepflichtsentbindung

Der Umgang mit Ihren persönlichen Daten ist uns sehr wichtig. Als Arztpraxis lässt es sich nicht umgehen, persönliche Daten zu erheben und auch zu speichern, um eine optimale Versorgung zu ermöglichen. Die aktuell geltende Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) liegt bei uns in der Praxis zu Ihrer Einsicht aus.

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck (Nicht Zutreffendes bitte streichen)

- a) Übermittlung an Dentallabor;
- b) Übersendung von Arztbriefen, Befunden, Röntgenbildern an ärztliche Kollegen;
- c) Anfertigung von Foto- und Videoaufnahmen zur Dokumentation, Verlaufskontrolle, Qualitätssicherung, Vorträge;
- d) Recallsystem und Terminerinnerung;
- e) Zusendung von Praxisinformationen durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7, Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7, Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich entbinde die Ärztinnen/Ärzte der Praxis Brückner bis zu einem jederzeit möglichen Widerruf von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden externen Ärztinnen und Ärzten. Ich erkläre mich einverstanden, dass in diesem Zusammenhang Befunde, Diagnostik, Therapien, etc. mitgeteilt werden.

Dresden, den

Unterschrift

X

Anamnesebogen



Erkrankungen und Medikamente aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben oder vom Zahnarzt besondere Maßnahmen erfordern. Deswegen bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig und ausführlich zu beantworten.

Wir sind Ihnen als Praxisteam selbstverständlich gern beim Ausfüllen behilflich.

Befinden Sie sich momentan in allgemeinärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weshalb?

Behandelnder Arzt / Anschrift / Telefon

Patient/in

Geburtsdatum

☐ Ja

☐ Nein

Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen.

Ja Nein Herzerkrankungen

- ☐ ☐ Herzschwäche (*Insuffizienz*)
☐ ☐ Herzrhythmusstörung
☐ ☐ Angina pectoris
☐ ☐ Herzklappenentzündung (*Endokarditis*)
☐ ☐ Herzklappenersatz
☐ ☐ Herzschrittmacher
Falls sie einen **Ausweis** besitzen, bitte vorlegen.

Kreislaufferkrankungen

- ☐ ☐ Hoher Blutdruck
☐ ☐ Niedriger Blutdruck
☐ ☐ Herzinfarkt (Wann? _____)

Erkrankung der inneren Organe

- ☐ ☐ Lunge (z.B. Asthma, Bronchitis, _____)
☐ ☐ Niere (z.B. Insuffizienz, _____)
☐ ☐ Magen/Darm (z.B. Collitis, Morbus Crohn)
☐ ☐ Leber (z.B. Zirrhose, _____)
☐ ☐ Schilddrüse: ☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion

Stoffwechsel-, Autoimmunerkrankungen

- ☐ ☐ Diabetes mellitus ☐ Typ 1 ☐ Typ 2
☐ ☐ Rheuma

Infektionskrankheiten

- ☐ ☐ Gelbsucht / Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C
☐ ☐ HIV / Aids
☐ ☐ Tuberkulose

Tumorerkrankungen

- ☐ ☐ Welche? _____
☐ ☐ Bestrahlung (Wann? _____)
☐ ☐ Chemotherapie (Wann? _____)

Weitere Angaben

- ☐ ☐ Rauchen Sie?
☐ ☐ Mehr als 10 Zigaretten am Tag?
☐ ☐ **Frauen:** Sind Sie schwanger? (SSW: _____)

Ja Nein Gefäßerkrankung

- ☐ ☐ Durchblutungsstörung (Herz, Hals, Bein)
☐ ☐ Thrombose (Wann? _____)
☐ ☐ Schlaganfall (Wann? _____)

Erkrankung des Nervensystems

- ☐ ☐ Epilepsie (letzter Anfall, wann? _____)
☐ ☐ Depression
☐ ☐ Lähmungen
☐ ☐ Morbus Parkinson

Störung der Blutgerinnung

- ☐ ☐ Anämie
☐ ☐ Blutungsneigung (z.B. Hämophilie)
☐ ☐ Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten
☐ ☐ Falithrom ☐ ASS ☐ Eliquis ☐ Xarelto
andere Blutverdünner: _____
Falls Sie einen **Ausweis** besitzen, bitte vorlegen.

Allergien

- ☐ ☐ Antibiotika (Welche? _____)
☐ ☐ Lokalanästhesie ☐ Metalle
☐ ☐ Latex ☐ Jod
☐ ☐ Andere Allergien _____
Bitte legen Sie Ihren **Allergiepass** vor.

Osteoporose

- ☐ ☐ Medikamente (Welche? _____)
☐ ☐ Spritzen / Infusionen beim Orthopäden

Glaukom (grüner Star)

- ☐ ☐ **Künstliche Gelenke** (Welche? _____)

Weitere Erkrankungen (bitte ergänzen)

- ☐ ☐ Haben Sie ein Hörgerät?
☐ ☐ Letzte Röntgenaufnahme im Kopfbereich? _____
☐ ☐ Sind oder waren sie drogenabhängig?

Medikamente:

Falls Sie einen **Medikamentenplan** besitzen, so legen sie diesen bitte vor.

Erklärung

Ich habe diesen Anamnesebogen gelesen, verstanden und versichere, dass ich alle Angaben nach meinem eigenen aktuellen Kenntnisstand gemacht habe. Zu meiner näheren Information hatte ich Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt unverzüglich mitzuteilen.

Dresden, den

Unterschrift

X