



Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bei Fragen helfen wir in Ihnen gerne! Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns die Einsicht in die Patientenakte vom Vorbehandler, insofern eine solche Akte existiert.

Wir führen eine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass für Sie keine oder fast keine Wartezeiten entstehen. Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Kassenpatienten sind bei uns genauso Patienten erster Klasse wie privat versicherte Patienten!

Wir setzen uns für die optimale Zahnpflege und Zahnerhaltung eines jeden unserer Patienten ein. Jedoch werden viele unserer Behandlungsmethoden nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt. In der Regel werden Sie anteilig persönlich für die Behandlung aufkommen müssen. Wir informieren Sie vor der Behandlung bei uns über den Umfang dieser Leistungen, die Ihnen auch als Kassenpatient die Möglichkeiten einer zahnärztlichen Behandlung auf dem höchsten, aktuellen und wissenschaftlich fundierten Niveau eröffnet.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Nachname	Telefon	Wie sind Sie versichert? <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Kostenerstattung <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfe
Vorname	Mobil	
Geburtsdatum	E-Mail	
Straße, Hausnr.	Beruf	
PLZ, Ort	Arbeitgeber	

ALS FAMILIENANGEHÖRIGER MITVERSICHERT (FAMILIENVERSICHERUNG)

Nachname	Geburtsdatum	PLZ
Vorname	Straße, Hausnr.	Ort

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

1. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

2. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger

3. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

4. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

5. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam Dr. Christian Leonhardt



Vorname _____ Name des Arztes/Fachgebiet _____ Letzte ärztliche Untersuchung _____
 Nachname _____ Grund der Untersuchung _____
 Alter _____ Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein? Ausgezeichnet Gut Mittelmäßig Schlecht

HABEN/ERHALTEN SIE DERZEIT oder HATTEN/ERHIELTEN SIE IN DER VERGANGENHEIT:

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Krankenhausaufenthalt wegen Krankheit oder Verletzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Allergische Reaktion auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aspirin, Ibuprofen, Paracetamol, Codein | | |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | | |
| <input type="checkbox"/> Erythromycin | | |
| <input type="checkbox"/> Tetracyclin | | |
| <input type="checkbox"/> Sulfonamide | | |
| <input type="checkbox"/> Lokalanästhetikum | | |
| <input type="checkbox"/> Fluorid | | |
| <input type="checkbox"/> Metalle (Nickel, Gold, Silber, _____) | | |
| <input type="checkbox"/> Latex | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |
| 3. Herzprobleme oder kardialen Stent innerhalb der vergangenen 6 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vorgeschichte einer infektiösen Endokarditis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Künstliche Herzklappe, reparierten Herzdefekt (PFO) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Herzschrittmacher oder implantierten Defibrillator | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Orthopädisches Implantat (Gelenkersatz) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Rheumatisches Fieber oder Scharlach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hohen oder niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Schlaganfall (Einnahme von Blutverdünnern) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Anämie oder andere Blutkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Verlängerte Blutungszeit bei einer kleinen Verletzung (INR > 3,5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Emphysem, Kurzatmigkeit, Sarkoidose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Tuberkulose, Masern, Windpocken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Atem- oder Schlafprobleme (z. B. Schlafapnoe, Schnarchen, Sinusitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Nierenkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Leberkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Gelbsucht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenkrankung oder Kalziummangel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Hormonmangel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Hohen Cholesterinspiegel oder Einnahme von Statinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Diabetes (HbA1c = _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Verdauungsprobleme (z. B. Zöliakie, gastrischer Reflux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Osteoporose/Osteopenie (Einnahme von Bisphosphonaten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Arthritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 28. Autoimmunkrankheit (z. B. rheumatoide Arthritis, Lupus, Sklerodermie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Glaukom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Kopf- oder Nackenverletzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Epilepsie, Schüttelanfälle (Krämpfe) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Neurologische Störungen (ADD/ADHD, Prionkrankheit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Virale Infektionen und Fieberbläschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Geschwüre oder Schwellungen im Mund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Nesselsucht, Hautausschlag, Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Sexuell übertragbare Infektionen oder Krankheiten/humane Papillomviren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Hepatitis (Typ _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Tumor, abnorme Wucherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Bestrahlungstherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Chemotherapie, Immunsuppressiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Emotionale Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Psychiatrische Behandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Antidepressiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Alkohol-/Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

WEITERE ANGABEN:

47. Sind Sie derzeit aufgrund einer anderen Erkrankung in Behandlung? JA NEIN
48. Ist Ihnen in den vergangenen 24 Stunden eine Veränderung Ihres Gesundheitszustandes aufgefallen? JA NEIN
(z. B. Fieber, Schüttelfrost, neu auftretender Husten oder Durchfall)
49. Nehmen Sie Medikamente zur Gewichtskontrolle ein? JA NEIN
50. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? JA NEIN
51. Fühlen Sie sich oft erschöpft oder müde? JA NEIN
52. Leiden Sie unter regelmäßig auftretenden Kopfschmerzen? JA NEIN
53. Rauchen Sie derzeit, haben Sie früher geraucht oder verwenden Sie rauchlose Tabakprodukte? JA NEIN
54. Sind Sie sehr empfindlich/sensibel? JA NEIN
55. Sind Sie oft unglücklich oder deprimiert? JA NEIN
56. WEIBLICH – Nehmen Sie Empfängnisverhütungsmittel ein? JA NEIN
57. WEIBLICH – Sind Sie schwanger? Entbindungstermin: _____ JA NEIN
58. MÄNNLICH – Haben Sie eine Prostatastörung? JA NEIN

Gibt es eine derzeitige medizinische Behandlung, bevorstehende Operation, genetische/entwicklungsbedingte Verzögerung oder sonstige Behandlung, die möglicherweise Auswirkungen auf Ihre zahnmedizinische Behandlung haben könnte. (i.e. Botox-, Kollageninjektionen)

Führen Sie alle Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder Vitaminpräparate auf, die Sie innerhalb der vergangenen zwei Jahre eingenommen haben. (Präparate & Grund)

Datum _____ Unterschrift Patient _____
 Datum _____ Unterschrift Arzt _____



Vorname _____	Überwiesen von _____	Letzte ärztliche Untersuchung _____
Nachname _____	Vorheriger Zahnarzt _____	Wie lange waren Sie Patient? _____
Alter _____	Datum letzte Zahnuntersuchung _____	Ich gehe regelmäßig zum Zahnarzt alle:
Wie bewerten Sie den Zustand Ihres Mundes?	Datum letzte Röntgenaufnahmen _____	<input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> 4 Monate <input type="checkbox"/> 6 Monate
<input type="checkbox"/> Ausgezeichnet <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht	Datum letzte Behandlung (nicht Zahnreinigung) _____	<input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> nicht regelmäßig

Was ist Ihr persönliches Anliegen?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit Ja oder Nein:

PERSÖNLICHE VORGESCHICHTE ●●●

JA NEIN

1. Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Behandlungen? Schätzen Sie Ihre Angst auf einer Skala von 1 (am geringsten) bis 10 (am stärksten) ein. () _____
2. Hatten Sie schon einmal eine schlechte Erfahrung bei einer Zahnbehandlung? _____
3. Hatten Sie in der Vergangenheit Komplikationen bei einer Zahnbehandlung? _____
4. Hatten Sie schon einmal Probleme mit der Betäubung oder Nebenwirkungen mit einem örtlichen Betäubungsmittel? _____
5. Hatten Sie schon einmal eine Zahnsperre, eine kieferorthopädische Behandlung oder eine Bissstellung? _____
6. Wurden Ihnen schon einmal Zähne gezogen? _____

ZAHNFLEISCH UND KNOCHEN ●●●

7. Haben Sie Zahnfleischbluten oder Schmerzen beim Reinigen mit Zahnbürste oder Zahnseide? _____
8. Wurden Sie schon einmal aufgrund einer Zahnfleischerkrankung behandelt oder wurde Ihnen gesagt, dass Sie Knochenschwund an den Zähnen haben? _____
9. Haben Sie schon einmal einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund bemerkt? _____
10. Haben Sie ein Familienmitglied mit einer Vorgeschichte von Parodontalerkrankungen? _____
11. Ist bei Ihnen schon einmal ein Zahnfleischrückgang aufgetreten? _____
12. Haben sich bei Ihnen in der Vergangenheit Zähne allein (ohne eine Verletzung) gelockert oder haben Sie Schwierigkeiten, einen Apfel zu essen? _____
13. Verspüren Sie manchmal ein Brennen im Mund? _____

ZAHNSTRUKTUR ●●●

14. Hatten Sie in den vergangenen 3 Jahren Karies? _____
15. Denken Sie, dass Sie zu wenig Speichel im Mund haben oder haben Sie Schluckprobleme beim Essen? _____
16. Spüren bzw. bemerken Sie Löcher (z. B. Mulden, Krater) an den Kauflächen Ihrer Zähne? _____
17. Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf heiße, kalte oder süße Speisen bzw. beim Zubeißen? Vermeiden Sie es, bestimmte Bereiche Ihres Mundes mit der Zahnbürste zu putzen? _____
18. Haben Sie Rillen oder Kerben an den Zähnen am Zahnfleischrand? _____
19. Haben Sie schon einmal einen Zahn abgebrochen oder anderweitig beschädigt? Hatten Sie schon einmal Zahnschmerzen oder eine defekte Füllung? _____
20. Bleiben bei Ihnen regelmäßig Speisereste zwischen den Zähnen zurück? _____

BISS UND KIEFERGELENK ●●●

21. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? (Schmerzen, Geräusche, eingeschränkte Mundöffnung, Kieferklemme, Knacken) _____
22. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Unterkiefer nach hinten gedrückt wird, wenn Sie die Zähne zusammenbeißen? _____
23. Vermeiden Sie bzw. haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen von Kaugummi, Karotten, Nüssen, Brötchen und Brot, Müsliriegeln oder anderen harten, trockenen Nahrungsmitteln? _____
24. Haben sich Ihre Zähne in den vergangenen 5 Jahren verändert? Sind sie kürzer oder dünner geworden oder sind sie abgenutzt? _____
25. Werden Ihre Zähne immer schief, enger stehend oder überlappend? _____
26. Entwickeln sich zwischen Ihren Zähnen Lücken oder werden Ihre Zähne lockerer? _____
27. Haben Sie verschiedene Bissstellungen? Drücken oder bewegen Sie den Kiefer, damit die Zahnreihen übereinander passen? _____
28. Legen Sie die Zunge zwischen die Zähne oder drückt die Zunge gegen Ihre Zähne, wenn Sie den Biss schließen? _____
29. Kauen Sie Eiswürfel, beißen Sie die Fingernägel, halten Sie Gegenstände mit den Zähnen oder haben Sie andere orale Angewohnheiten? _____
30. Knirschen Sie tagsüber mit den Zähnen oder verursachen Sie sich anderweitig Zahnschmerzen? _____
31. Haben Sie Schlafprobleme (z. B. Ruhelosigkeit), wachen Sie mit Kopfschmerzen oder Zahnproblemen auf? _____
32. Tragen Sie derzeit oder haben Sie je eine Schiene getragen? _____

AUSSEHEN ●●●

33. Gibt es etwas am Aussehen Ihrer Zähne, dass Sie gerne ändern würden? _____
34. Haben Sie schon einmal Ihre Zähne aufgehellt (gebleicht)? _____
35. Haben Sie sich schon einmal wegen des Aussehens Ihrer Zähne geschämt? _____
36. Sind Sie mit dem Aussehen früherer Zahnbehandlungen unzufrieden? _____

Datum _____	Unterschrift Patient _____	Datum _____	Unterschrift Arzt _____
-------------	----------------------------	-------------	-------------------------