

# Dr. Tim Wulff und Simon Wulff

Zollhausstraße 34 - 52353 Düren - Tel. 02421/81475

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Haben Sie eine Zusatzversicherung? **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Telefon: \_\_\_\_\_ Emailadresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Versichertendaten (sofern Sie über ein anderes Familienmitglied versichert sind)

Versicherter: \_\_\_\_\_ geb. am : \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### persönlicher Gesundheitszustand

Herzerkrankung **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Herzschrittmacher/ Künstl. Herzklappe **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Haben Sie einen Herzpass? **Ja** [  ] **Nein** [  ]

### Falls ja, zeigen Sie diesen bitte an unserer Rezeption vor.

Hoher Blutdruck **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Niedriger Blutdruck **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Gerinnungshemmer / Marcumar **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Rheuma **Ja** [  ] **Nein** [  ] Diabetes **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Nierenerkrankungen **Ja** [  ] **Nein** [  ] Epilepsie **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Lungenerkrankung **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose) **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Haben Sie Osteoporose? **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Haben/Hatten Sie eine Tumorerkrankung (Krebs) **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Nehmen Sie Bisphosphonate (bei Osteoporose/Krebserkrankung)? **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Haben Sie sonstige Erkrankungen? **Ja** [  ] **Nein** [  ]

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika / Spritzen **Ja [ ] Nein [ ]**

Antibiotika **Ja [ ] Nein [ ]**

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher? **Ja [ ] Nein [ ]**

Haben Sie einen Pflegegrad bzw. erhalten Sie Eingliederungshilfe? **Ja [ ] Nein [ ]**

Wenn ja, welcher Pflegegrad: \_\_\_\_\_

**Für weibliche Patienten:**

Besteht eine Schwangerschaft? **Ja [ ] Welcher Monat? \_\_\_\_\_ Nein [ ]**

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? \_\_\_\_\_

**Beratungswunsch**

Professionelle Zahnreinigung oder Bleaching **Ja [ ] Nein [ ]**

Zahnersatz (Brücken, Kronen, Prothesen) **Ja [ ] Nein [ ]**

Zahnfarbene Keramikfüllungen/Amalgamsanierung **Ja [ ] Nein [ ]**

Implantate/Implantatversorgung **Ja [ ] Nein [ ]**

**Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet für Sie aber auch, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie den Termin bitte spätestens 24 Stunden vorher ab, Prothetik und OP-Termine bitte 3 Tage vorher. Wir können die dadurch entstandenen Lücken sonst nicht kurzfristig belegen und sind berechtigt, Ihnen diese Ausfallzeit in Rechnung zu stellen. (§§304, 615 BGB).**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

**Unser Recall-System der Vorsorge - Einverständniserklärung**

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung im Praxis-Recall-System für die Verarbeitung personenbezogener Daten gem. Art. 6, 7 Abs. 1a DSGVO

Gerne möchten wir sie an bereits vereinbarte Termine, anstehende Kontrolluntersuchungen oder Prophylaxe Maßnahmen digital erinnern (Erinnerungen per SMS werden über einen Provider unserer Abrechnungssoftware versendet).

Einverständnis Terminerinnerung: \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten