Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. med. dent. Stefan Tratz
Dr. med. dent. Alois Tratz
Dr. med. dent. Yvonne Tratz (angestellt)

Telefon 08459 1407
Internet dr-tratz.de
Email praxis@dr-tratz.de

Patient

Name | Vorname | Geburtsdatum

Straße, Hausnummer | PLZ | Ort | Telefon

Krankenkasse | Beruf / Arbeitgeber | E-Mail-Adresse

Versicherungs-Mitglied
falls über eine andere Person versichert

Name | Vorname | Geburtsdatum

Ist eine Zahnzusatzversicherung vorhanden? ( )

Ist eine Pflegestufe vorhanden? ( )

Möchten Sie von uns alle 6 Monate eine Email-Erinnerung an Ihre Kontrolluntersuchung erhalten? ( )

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

==========

Zutreffendes im Folgenden bitte ankreuzen!

( ) Herzinsuffizienz
( ) Herzinfarkt (wenn ja, wann? .....)
( ) Herzmuskelentzündung/Endokarditis
( ) Herzklappenfehler
( ) Herzklappenersatz
( ) Herzrhythmusstörungen
( ) Herzschrittmacher

( ) Koronare Herzerkrankung/Angina Pectoris
( ) Schlaganfall (wenn ja, wann? .....)
( ) Bluter oder Willebrand-Jürgens-Syndrom
( ) Lebererkrankung
( ) Osteoporose
( ) Glaukom (Augeninnendruck)
( ) Asthma, Bronchitis oder COPD

( ) Tumorerkrankung (wenn ja, wann? .....)
( ) Bestrahlung (wenn ja, wann? .....)
( ) Chemotherapie (wenn ja, wann? .....)
( ) Diabetes/Zuckerkrankheit
( ) Schilddrüsenüberfunktion
( ) Epilepsie

Besteht aktuelle eine Schwangerschaft?
( ) In welchem Monat? (.....)

Liegen die folgenden Infektionen vor?

( ) Hepatitis A
( ) Hepatitis B
( ) Hepatitis C
( ) HIV
( ) Tuberkulose

Allergien / Unverträglichkeiten

( ) auf Latex?
( ) auf Spritzen / Lokalanästhesie?
( ) auf Schmerzmittel? (welche? .....)
( ) auf Antibiotika? (welche? .....)
( ) Sonstige (welche? .....)

Medikamente

( ) Nehmen Sie Bisphosphonate? (z.B. Alendronsäure, Zoledronsäure)
( ) Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Welche?

.....

.....
( ) Nehmen Sie sonst regelmäßig bzw. im Moment Medikamente ein?

.....

.....

DSVGO

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend bekannt zu geben. Alle Angaben sind freiwillig und können auf Wunsch gelöscht/widerrufen werden im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten.

Unterschrift .....

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die Lokalanästhesie ist ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung, jedoch sind folgende Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten möglich:

- Hämatom (Bluterguss) durch Verletzung kleiner Blutgefäße
- Behinderung der Mundöffnung, in äußerst seltenen Fällen auch Infektionen
- *Nervschädigung:* Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation/Schädigung des Nervs eintreten. Hierdurch sind vorübergehende und dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem Injektionen im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, die Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein können.

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen/Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.

Unterschrift .....

Terminvereinbarung und Absage von Terminen

Mir ist bekannt, dass Termine extra für mich freigehalten werden und dass es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, im Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. spätestens 2 Tage vor dem Termin – abzusagen, damit noch die Möglichkeit besteht „Ersatzpatienten“ einzubestellen.

Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir bekannt, dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden können in Höhe von 75-150€.
Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Manching, den ..... Unterschrift .....