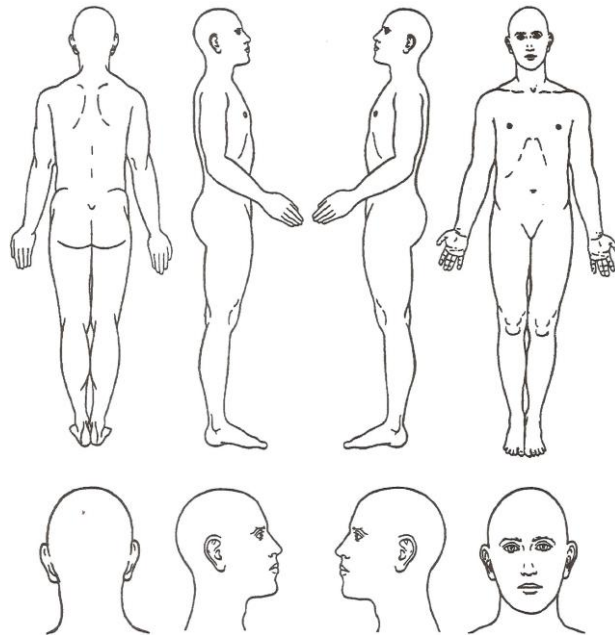


**Bitte zeichnen Sie die Areale Ihrer Beschwerden / Schmerzen auf den Zeichnungen ein.
Neben den Arealen tragen Sie bitte die Intensität Ihrer Beschwerden ein:
0 = keine - 10 = stärkste vorstellbare**



Was verstärkt / provoziert Ihre Beschwerden?

Was reduziert / eliminiert Ihre Beschwerden?

Zahnmedizinische Geschichte:

- | | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|--|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie Kiefer- / Gesichtsschmerzen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Tragen Sie eine Prothese? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Knackt Ihr Kiefer? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Haben Sie Zahnbrücken? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Knirschen / Beißen Sie nachts? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Haben Sie je eine Zahnspange getragen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wurden Ihnen bleibende Zähne entfernt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Leiden Sie unter Zahnfleischbluten ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Sonstiges: | | | | | |

Hatten Sie Operationen / Unfälle / Stürze? Wenn ja, welche und wann?

Welche Therapien bzgl. Ihres Anliegens wurden bisher angewandt und bitte unterstreichen Sie, welche davon erfolgreich waren?

- | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie | <input type="checkbox"/> Chirotherapie | <input type="checkbox"/> Osteopathie |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Massagen | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Erkrankungen:

Herzerkrankungen – wenn ja, welche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Allergien? Wenn ja, welche? | |
-

Ansteckende Erkrankungen - wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, für welche Erkrankungen?

Andere Gesundheitsprobleme:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne | <input type="checkbox"/> Atemprobleme | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Empfindungsstörungen / Taubheit | <input type="checkbox"/> Gangstörungen | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Allgemeine Schwäche |
| <input type="checkbox"/> unerwarteter Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> unerwartete Gewichtszunahme | |
| <input type="checkbox"/> Gestörte Blasenfunktion | <input type="checkbox"/> Gestörte Darmfunktion | |

Sonstiges:

- | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| > Schlaf | <input type="checkbox"/> unter 4 h | <input type="checkbox"/> 4-6h | <input type="checkbox"/> 6-8h | <input type="checkbox"/> mehr als 8h |
| > Essen | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> unregelmäßig | | |
| > Appetit | <input type="checkbox"/> keinen | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> moderat | <input type="checkbox"/> viel |
| > Nikotin | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> regelmäßig | |
| > Alkohol | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> regelmäßig | |
| > Kaffee | ___ Tassen / Tag | <input type="checkbox"/> Tee | ___ Tassen / Tag | <input type="checkbox"/> Wasser ___ Liter / Tag |
| > Brille / Kontaktlinsen | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| > Tragen Sie Einlegesohlen? | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| > Tragen Sie eine einseitige Absatzerhöhung? | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| > Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| > Für Frauen: | <input type="checkbox"/> Ich nehme die Anti-Baby-Pille. | | | <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger. |

Gibt es noch etwas anderes, von dem Sie denken, dass wir davon wissen sollten oder nach dem wir nicht gefragt haben?

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist (§630 f Abs. 3 BGB). Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

FORMELLES:

TERMINABSAGEN & NICHT WAHRGENOMMENE TERMINE:

Wir sind eine Bestellpraxis. Das bedeutet für Sie keine bzw. kurze Wartezeiten. Das heißt aber auch, dass meine Praxis auf die Zuverlässigkeit der Kunden angewiesen ist.

Eine Absage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen.

Bei einer Absage mit kürzerer Frist, gleich aus welchem Grund (Krankheit, Stau, Arbeit,...) werden wir uns bemühen, den Termin anderweitig zu vergeben, was aber nicht immer gelingt. Fällt die Behandlung auf einen Montag, bitten wir Sie nach Möglichkeit die Absage bis Freitag der Vorwoche zu tätigen. Jede Absage ist ein Verlust für die Praxis. Wir sind auf stabile Umsätze angewiesen. Um uns vor Umsatzausfällen zu schützen, hat uns der Gesetzgeber im §615 BGB die Möglichkeit gegeben nicht rechtzeitig abgesagte und verpasste Termine privat in Rechnung zu stellen.

Bitte berücksichtigen Sie, dass ein vereinbarter Behandlungstermin ausdrücklich für Sie reserviert ist!

Datum

Unterschrift Patient / bzw. gesetzlicher Vertreter

EINWILLIGUNG ZUR DATENWEITERGABE AN EIN ABRECHNUNGSZENTRUM (gesetzlich Versicherte):

Zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen für Ihre in Anspruch genommen Therapieleistung durch das **Optica – Abrechnungszentrum – Dr. Güldener GmbH – Marienstraße 10 – 70178 Stuttgart** bearbeitet.

Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für die Therapie.

Wir bitten daher, uns mittels Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen.

Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis zu erfolgen.

Datum

Unterschrift Patient / bzw. gesetzlicher Vertreter

AUFKLÄRUNG & EINWILLIGUNG IN DIE NUTZUNG UNSICHERER KOMMUNIKATIONSWEGE:

Hiermit erkläre ich, dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (z.B. Termini, Kontaktdaten, Befunde) durch die o.g. Praxis über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

- E-Mail o ja o nein
- WhatsApp o ja o nein
- Sonstige:

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angeben von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Datum

Unterschrift Patient / bzw. gesetzlicher Vertreter

Herzlichen Dank!