



Patientenbogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient

Name: _____ Krankenkasse: _____
Vorname: _____ E-Mail: _____
Straße, Nr.: _____ Arbeitgeber: _____
PLZ/Ort: _____ Beruf: _____
Geb. Datum: _____ Tel. gesch.: _____
Geburtsort: _____ Tel. privat: _____

Versicherter (falls abweichend)

Name: _____ Geb. Datum: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Straße, Nr.: _____ Mobil: _____
PLZ/Ort: _____ Krankenkasse: _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert Zusatzversicherung für zahnärztl. Leistungen Beihilfe
 privat voll-versichert Basistarif einer privaten Versicherung freiwillig gesetzlich versichert

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Wenn ja, Basis bis 2,0-fach o.ä. Standard bis 3,5-fach

Was können wir für Sie tun?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein Schnarchen Sie? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Kommt es zu Zahnfleischbluten? ja nein Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Haben Sie Rückenbeschwerden? ja nein

Sind Sie mit der Optik Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Leiden Sie häufiger unter:

Kopfschmerzen? ja nein

Geräusche im Kiefergelenk? ja nein

Nacken/Schulterschmerzen? ja nein

Pressen/Knirschen der Zähne? ja nein



Patientenbogen

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf- / Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Welche Woche? _____ ja nein

Leiden oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Medikamenteneinnahme

Gerinnungshemmende
Medikamente dauerhaft in den
letzten Tagen

- Aspirin (ASS)
- Marcumar
- Heparin
- Insulin
- Andere: _____

Herz/Kreislauf

- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Bypass
- Herzklappe
- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- In Besitz eines Herzpasses
- Sonstiges: _____

ansteckende Erkrankung

- Hepatitis A/B/C
- AIDS/HIV
- Andere: _____

Haben Sie einen Hausarzt?
Wenn ja, zu wem gehen Sie?

- ja nein

Stoffwechsel, Zuckerkrankheit

- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Allergie/Überempfindlich gegen

- Medikamente
- Amalgam
- Latex z.B. Luftballon,
Gummihandschuhe
- Sonstiges: _____

Gefäße

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Gerinnungsstörungen
Welcher Art?

Atemwege/Lunge

- Asthma
- chronische Bronchitis
- Schnarchen
- Andere: _____

Sind Sie in orthopädischer
Behandlung? Wenn ja, bei wem und warum?

- ja nein

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle/Epilepsie
- Depressionen
- Angstzustände
- Migräne
- Kopf-/Nackenschmerzen
- ADS/ADHS

Knochen

- Osteoporose
- Tumorerkrankungen
- Erkrankungen des Knochens
- Regelmäßige Medikamenten-
einnahme (z.B. Fosamax/
Zometa/Bisphosphonate)

Magen-,Darm- oder Nierenerkrankungen

Wenn ja, welche?

- ja nein

Leiden Sie an weiteren schweren Erkrankungen?

- ja nein

Sonstiges

- Rauchen Sie? ja nein
- Besteht ein Würgereiz? ja nein

- Wurden örtliche Betäubungen bisher gut vertragen? ja nein
- Besteht Angst vor zahnmedizinischen Behandlungen? ja nein



Patientenbogen

Aufklärung über Risiken bei Leitungsanästhesie im Unterkiefer

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet Sie darüber aufzuklären, dass in seltenen Fällen die Gefahr besteht, dass beim Einstechen der Nadel der nervus mandibularis oder nervus lingualis reversibel oder irreversibel geschädigt werden kann.

Das äußert sich nach Nachlassen der Anästhesie durch anhaltendes Kribbeln oder in vorübergehender teilweiser oder vollständiger Taubheit im Anästhesiebereich.

Behandlungsbedingungen

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt werden, nach §§ 304,615 BGB in Rechnung stellen.

Die Höhe der Entschädigung hängt davon ab, ob und in welchem Umfang wir die für Sie reservierte Zeit für die Behandlung anderer Patienten nutzen konnten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen.

In Ihrem Interesse bitten wir Sie, uns jegliche gesundheitlichen Veränderungen und veränderte Medikamenteneinnahme mitzuteilen.

Einwilligung zur Terminerrinerung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich ja nein in regelmäßigen Abständen an einen Vorsorgetermin. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Willich, _____

Unterschrift

Erziehungsberechtigter

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet: Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____

Google Eintrag Gelbe Seiten Internetseite der Praxis

Drucksachen: Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.), welche? _____

Broschüre

Sonstiges: _____

Empfehlung durch: _____
Name