



## 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: \_\_\_\_\_

### 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    Sind Sie mit der Optik Ihrer

Haben Sie Rückenbeschwerden?     ja     nein    Zähne zufrieden?     ja     nein

Leiden Sie häufiger unter:

Kopfschmerzen     ja     nein    Geräusche im Kiefergelenk     ja     nein

Nacken/Schalterschmerzen     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



Dr. med. dent.

CHRISTIAN SIEBRECHT

ZAHNARZT

#### 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.

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