



Patientenbogen Erwachsene

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. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient

Name: _____ Mobil: _____
 Vorname: _____ Krankenkasse: _____
 Straße, Nr.: _____ E-Mail: _____
 PLZ/Ort: _____ Tel. : _____
 Geb. Datum: _____ Geburtsort: _____

Rechnungsempfänger (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 Pflegebedürftigkeit Ja Nein
 Wenn ja, Basis bis 2,0-fach o.ä. Standard bis 3,5-fach Pflegegrad (1-5)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von:

- Bekante /Verwandte: _____
 Praxiswebsite www.zahnarztpraxis-speil.de Google Werbung
 Sonstiges: _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

	Ja	Nein
Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welcher Woche? _____		
Tragen Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie alt ist Ihr Zahnersatz? _____ Ist er <input type="checkbox"/> herausnehmbar oder <input type="checkbox"/> festsitzend?		

Leiden Sie 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
 Ich besitze einen Herzpass
 Sonstiges: _____

ansteckende Erkrankung

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

Stoffwechsel, Zuckerkrankheit

- Diabetes mellitus
 Schilddrüsenunterfunktion
 Schilddrüsenüberfunktion

Allergie/Überempfindlich gegen

- Medikamente

 Amalgam
 Sonstiges: _____

Gefäße

- Schlaganfall
 Durchblutungsstörungen
 Gerinnungsstörungen
Welcher Art?

Atemwege/Lunge

- Asthma
 chronische Bronchitis
 Schnarchen
 Rauchen Sie?
 Andere: _____

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle/Epilepsie
 Depressionen
 Angstzustände
 Migräne
 Kopf-/Nackenschmerzen

Knochen

- Osteoporose
 Tumorerkrankungen
 Erkrankungen des Knochens
 Ich nehme diesbezüglich in
regelmäßigen Abständen
Medikamente ein (z.B. Fosa-
max/Zometa/Bisphosphonate)

Magen-,Darm- oder Nierenerkrankungen

Wenn ja, welche?

Leiden Sie häufiger unter

- Zahnfleischbluten
 lockere Zähne
 Mundgeruch

Leiden Sie an weiteren schweren Erkrankungen? _____

Recall-/Erinnerungssystem

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind für Ihre Zahngesundheit maßgeblich.

Wir unterstützen Sie dabei mit unserem Recall-System und erinnern Sie gerne an Ihren nächsten Termin.

Dürfen wir Sie in unser Recall-Programm aufnehmen? Ja Nein

Wenn ja, wie dürfen wir Sie kontaktieren? per E-Mail per Post

Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.
- Es bestehen Risiken bei einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer. In seltenen Fällen können beim nachlassen der Anästhesie anhaltendes Kribbeln oder vorübergehende teilweise oder vollständige Taubheit im Anästhesiebereich auftreten.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über jegliche gesundheitlichen Veränderungen und veränderte Medikamenteneinnahme zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Hagen, _____

Unterschrift