

Patientenbogen



Bevor wir mit der zahn-/medizinischen Untersuchung beginnen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Patientenname	_____	Telefon	_____
Geburtsdatum	_____	Mobil	_____
Straße	_____	Tel. Arbeit	_____
PLZ & Ort	_____	E-Mail	_____
Krankenkasse	_____	Beruf	_____
		Arbeitgeber	_____
		Anschrift	_____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Versicherten

Name Versicherter _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Bitte bei gesetzl. Kasse angeben (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Pflichtversichert
- Freiwillig versichert
- Private Zusatzversicherung
- Mit Kostenerstattung

Bitte bei einer Privatversicherung angeben

- Standardtarif
- Basistarif
- Studentisch versichert
- Beihilfeberechtigt

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung/Asthma |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung/Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS Erkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star/Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer z.B. ASS, Marcumar | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung (z.B. Krebserkrankung)? Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien (z.B. Schmerzmittel, Antibiotika, Heuschnupfen, Jod, Metalle, Latex, ...)? Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Wurden Sie in der Vergangenheit mit Bisphosphonaten behandelt?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? Wenn ja, bei welchen?

Sind Sie Raucher? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung

Zahnschmerzen

Zahnfleischbluten

Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen

Kiefergelenkbeschwerden

Mundgeruch

Knirschen

Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?

Sonstiges

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Starke Schmerzempfindlichkeit

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen

Starker Würgereiz

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung

Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln

Weiße Zähne (Bleaching)

verträglicher Füllungsmaterialien

Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung

Ernährungsfragen

Sonstiges

Erinnerungsservice

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

telefonisch

per E-Mail

per Brief

Ich möchte nicht erinnert werden

Termine die ich nicht einhalten kann, werden spätestens 24 Stunden vorher von mir abgesagt. Ansonsten können mir die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

den _____ Unterschrift: _____