

Zahnarztpraxis

Jana Rickmann

Knopfstraße 12/13
17489 Greifswald

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

| | | | | | |
|---------------------|--|----------|--|--------------|--|
| Patient | | | | | |
| Name: | | Vorname: | | geb.: | |
| | | | | | |
| Versicherter | | | | | |
| Name: | | Vorname: | | geb.: | |
| Straße, Nr. | | | | | |
| PLZ, Wohnort | | | | | |
| Telefon: | | Mobil: | | Arbeit: | |
| E-Mail: | | | | Arbeitgeber: | |
| Krankenkasse: | | | | | |
| Hausarzt: | | | | | |

Zahnmedizinische Auskünfte:

| | Ja | Nein | | |
|---|----|------|---|--|
| Sind Sie bereits im Kopf-, Kieferbereich geröntgt worden? | | | Wenn ja, wann? | |
| Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? | | | Wenn ja, wann? | |
| Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung (Parodontitis-Therapie) ? | | | Wenn ja, wann? | |
| Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? | | | Wenn ja, welche? | |
| Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf? | | | | |
| Haben Sie Schmerzen oder Verspannungen im Kopf-Hals-Bereich? | | | | |
| Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? | | | | |
| Wünschen Sie eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? | | | Wenn ja, bitte den Aufklärungsbogen lesen und unterschreiben. | |
| Wünschen Sie einen Recall (Erinnerungsservice) ? | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Wünschen Sie eine gezielte Beratung? (zB. Zahnersatz, Prophylaxe, Bleaching) | | | Wenn ja, welche? | |
| Für Patientinnen : Sind Sie schwanger? | | | Wenn ja, welcher Monat? Voraussichtlicher ET? | |

Allgemeinmedizinische Auskünfte:

| | Ja | Nein | | |
|---|----|------|--------------------|-------------------|
| Sind Sie zur Zeit oder auch regelmäßig in ärztlicher Behandlung? | | | Wenn ja, weswegen? | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | | | Wenn ja, welche? | |
| Bekommen oder bekamen Sie eine Bisphosphonattherapie? | | | | |
| Existieren Allergien bzw. Überempfindlichkeiten? | | | Wenn ja, welche? | |
| Nehmen Sie blutverdünnende/gerinnungshemmende Medikamente? | | | Wenn ja, welche? | |
| Rauchen Sie? | | | Wenn ja, wieviel? | |
| | | | | |
| Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? | Ja | Nein | | |
| Herzerkrankung (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche) | | | | |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | | | | |
| Kreislaufkrankung | | | | |
| Schlaganfall | | | | |
| Blutkrankheiten, Blutarmut, Gerinnungsstörung | | | | |
| Stoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung | | | | |
| Diabetes | | | | Aktueller HbA 1c: |
| Augenerkrankung, grauer Star | | | | |
| Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tbc) | | | | |
| Gehirn- und Nervenerkrankung (Anfallsleiden, Depression) | | | | |
| Erkrankung des Bewegungsapparates (Rheuma) | | | | |
| Nierenerkrankung | | | | |
| Sonstige Erkrankungen | | | Wenn ja, welche? | |
| | | | | |
| Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bzw. Adresse oder Telefonnummer unaufgefordert mit. | | | | |

Hinweis:

Wir sind eine Bestellpraxis und wollen für Sie stets einen reibungslosen Ablauf mit wenig Wartezeit gewährleisten. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie Termine rechtzeitig (spätestens 24 h vorher) anzuzeigen.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift und Datum die oben genannten Angaben.

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

Ort, Datum Unterschrift Patient/in /Gesetzlicher Vertreter/in *