

# 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: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Tel. gesch.: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_

## Versicherter (falls abweichend)

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

## Rechnungsempfänger

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

## Versicherungsart

- gesetzlich versichert  
 Beihilfe  
 Basistarif einer privaten Versicherung
- Zusatzversicherung für zahnärztl. Leistungen  
 privat voll-versichert  
 freiwillig gesetzlich versichert
- Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?  
Wenn ja:  Ja  Nein  
 Basis bis 2,0-fach o.ä.  Standard bis 3,5-fach

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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.

Detmold, \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte wenden!



## Grund Ihres Besuches

Haben Sie Zahnschmerzen?  Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Blutet Ihr Zahnfleisch?  Ja  Nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  Ja  Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  Ja  Nein

Sind Ihre Zähne gelockert?  Ja  Nein

Leiden Sie an Mundgeruch?  Ja  Nein

### Leiden Sie häufiger unter:

Kopfschmerzen  Ja  Nein

Nacken/Schulterschmerzen  Ja  Nein

Geräusche im Kiefergelenk  Ja  Nein

Pressen/Knirschen der Zähne  Ja  Nein

## Fragen zur Röntgenuntersuchung

• Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf- / Kieferbereich geröntgt?  Ja  Nein

• Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Welche Woche? \_\_\_\_\_

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

### Sonstiges

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Würgereiz?  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: \_\_\_\_\_

### 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. Fosamax/Zometa/  
Bisphosphonate)

### Magen-, Darm- oder Nierenerkrankungen

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Leiden Sie an weiteren schweren  
Erkrankungen?  
\_\_\_\_\_

## Recall-/Erinnerungssystem

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind für Ihre Zahngesundheit maßgeblich. Wir unterstützen Sie dabei 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 Telefon  per E-Mail  per Post

## 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.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter [www.zahnmedizin-receveur.de/datenschutz](http://www.zahnmedizin-receveur.de/datenschutz).