

# 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.

Werderstraße 57 | 31224 Peine  
Tel. 05171 – 9 88 55 57  
Fax 05171 – 9 88 55 59  
info@zahnarzt-werderstrasse.de  
www.zahnarzt-werderstrasse.de

## 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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung              | <input type="checkbox"/> Mundgeruch                               |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen                     | <input type="checkbox"/> Knirschen                                |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten                 | <input type="checkbox"/> Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? |
| <input type="checkbox"/> Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges                                |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden           | _____   |

## Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Starke Schmerzempfindlichkeit          | Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?              |
| <input type="checkbox"/> Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | _____  |
| <input type="checkbox"/> Starker Würgereiz                      | Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst? |
|   | _____  |

## Beratungswunsch

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung          | <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung |
| <input type="checkbox"/> Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln | <input type="checkbox"/> Ernährungsfragen                         |
| <input type="checkbox"/> Weiße Zähne (Bleaching)               | <input type="checkbox"/> Sonstiges                                |
| <input type="checkbox"/> verträglicher Füllungsmaterialien     | _____   |

## 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.

Peine, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_