Patientenblatt

Patient: .....
Name Vorname Geb. datum

Versicherter: .....
Name Vorname Geb. datum

Anschrift: .....
Straße PLZ Wohnort

.....
Tel. privat Tel. beruflich

.....
e-mail Adresse privat e-mail Adresse beruflich

Versicherung: gesetzlich privat *

* .....
Name der Versicherung Mitgliedsnummer

Wir werden Sie vor jeder Behandlung über die verschiedenen Möglichkeiten der Versorgung, deren Vor- und Nachteile sowie die Kosten, die von Ihrer Krankenkasse übernommen werden bzw. die Sie selbst zu tragen haben, ausführlich informieren. Da wir uns regelmäßig fortbilden, bieten wir Ihnen fundiertes Wissen über ein breites Spektrum der modernen Zahnmedizin; von Implantologie und Cerec-Versorgungen bis zu kosmetischen Behandlungen wie Verblendschalen oder Bleichen der Zähne. Fragen Sie uns einfach, auch bei Unklarheiten der Abrechnung oder Erstattung.

Sollen wir Sie an Ihren nächsten Kontrolltermin erinnern?
Dieses „Recall System“ erinnert Sie – wenn Sie es wollen – in den speziell auf Sie persönlich abgestimmten Zeitabschnitten daran, dass es Zeit ist, wieder in die Praxis zu kommen.
Dies ist ein Beitrag zur Erhaltung Ihrer Zahngesundheit.

Ja, telefonisch ☐ **Ja, per mail** ☐ **Nein, danke** ☐

Liebe Patientin, lieber Patient.
Verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir vor Ihrer Behandlung einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und denken auch bei einem zukünftigen Besuch daran, uns Änderungen mitzuteilen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Werden/wurden Sie in letzter Zeit **ärztlich behandelt**?
ja ☐ nein ☐
Name/Anschrift und Telefon-Nummer Ihres Arztes:

_____

Wegen welcher Erkrankung?

_____

Haben oder hatten Sie eine Hepatitis (Gelbsucht/ Leberentzündung)? ja ☐ nein ☐

Sind Sie HIV positiv oder an AIDS erkrankt? ja ☐ nein ☐

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? ja ☐ nein ☐ Wieviel? _____

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja ☐ nein ☐

Haben Sie Kopfschmerzen ? nie ☐ selten ☐ häufiger ☐ oft ☐
Ich bin Migräniker/in ☐

Haben Sie Muskelverspannungen? nie ☐ selten ☐ häufiger ☐ oft ☐

Haben Sie Nackenschmerzen? nie ☐ selten ☐ häufiger ☐ oft ☐

Nehmen Sie zurzeit regelmäßig **Medikamente** ein? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie schon Operationen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie jemals
-eine Kieferhöhlenentzündung? ja ☐ nein ☐
-Rheuma, Gelenkschwellungen? ja ☐ nein ☐
-Magen-Darm-Erkrankungen? ja ☐ nein ☐
-Durchblutungsstörungen? ja ☐ nein ☐
-Anfallsleiden (Epilepsie)? ja ☐ nein ☐
-Nervenerkrankungen? ja ☐ nein ☐
-Hormonelle Störungen? ja ☐ nein ☐
-Eine andere ernsthafte Erkrankung? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Osteoporose? ja ☐ nein ☐

Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate? ja ☐ nein ☐

Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft**? ja ☐ nein ☐

Stoffwechselerkrankungen:
-Diabetes (Zuckerkrankheit) ja ☐ nein ☐
-Schilddrüsenerkrankungen ja ☐ nein ☐

Herz-Kreislauf Erkrankungen:
-Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) ja ☐ nein ☐
-Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe ja ☐ nein ☐
-Angina pectoris ja ☐ nein ☐
-Herzinfarkt ja ☐ nein ☐
-Frühere Herzoperationen ja ☐ nein ☐
-Zu hoher/ zu niedriger Blutdruck ja ☐ nein ☐

Bluterkrankungen:
-Blutarmut (Anämie) ja ☐ nein ☐
-Bluterneigung (Hämophilie) ja ☐ nein ☐
-Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ja ☐ nein ☐

Allergien:
-Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen oder Medikamente? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, worauf?_____
-Leiden Sie unter Asthma oder Heuschnupfen? ja ☐ nein ☐

Die folgenden Fragen sind Zusatzfragen, deren Beantwortung es uns erleichtert, Sie zu beraten und zu betreuen :

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
Durch Freunde/ Bekannte / Internet ? _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?
ja ☐ nein ☐ _____

Sind Sie an regelmäßiger, professioneller Zahnpflege durch uns interessiert?
ja ☐ nein ☐ _____

Warnhinweise zu Anästhesien.
Durch das Einspritzen von Mitteln zur örtlichen Betäubung können in seltenen Fällen auftreten:
- Kreislaufreaktionen
- allergische Reaktionen
- äußerst selten eine Schädigung von Nerven. Dabei kann es zu einer länger als gewünscht anhaltenden Gefühllosigkeit von Lippe und/oder Zunge kommen, die in der Regel von alleine abklingt und fast nie zu Dauerschäden führt.
- Die Fahrtüchtigkeit sowie das Reaktionsvermögen können eingeschränkt sein.

…….. ……
Datum Unterschrift Patient(in)/ Erziehungsberechtigte(r)