



Patientenblatt

Patient
Name Vorname Geb. datum

Versicherter
Name Vorname Geb. datum

Anschrift
Straße PLZ Wohnort

.....
Tel. privat Tel. beruflich Tel. mobil

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

Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich	
	<input type="checkbox"/> 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 über maschinelle Wurzelkanalaufbereitung 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

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung/ Name Ihres Arztes:

.....

Name/ Anschrift des Hausarztes:

.....

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | | | |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Asthma/ COPD | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Chron. Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Tumor-/Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Tuberkulose ja nein

Hepatitis A/B/C ja nein

HIV/Aids ja nein

Herzinfarkt ja nein

Schlaganfall ja nein

Herzinnenhautentzündung/
Endokarditis ja nein

Zu hoher Blutdruck ja nein

Zu niedriger Blutdruck ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate (z.B. bei Osteoporose oder Tumorerkrankungen) ein? ja nein

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

Wenn ja, welche?

Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher/ Herzklappenersatz oder andere Implantate? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? ja nein Wie viel?

Bestehen Suchterkrankungen? ja nein Wenn ja, welche?

.....



Bestehen Allergien? ja nein Wenn ja, welche?

.....

Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen oder Medikamente? ja nein

Wenn ja, worauf?

.....

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung (Datum/ Körperteil)?

.....

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

Sonstige Angaben/ andere Erkrankungen

.....

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

Haben Sie häufig Kopfschmerzen? ja nein

Haben Sie Muskelverspannungen und/oder Nackenschmerzen? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Sind Sie an regelmäßiger, professioneller Zahnpflege interessiert? ja nein

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

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)