



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Wir sind eine reine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Telefon- / Branchenbuch Empfehlung durch _____

Falls Sie eine Empfehlung hatten, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Wenn ja, wie? per Telefon per Post



Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

- Routinekontrolle?
- Amalgamsanierung?
- Beratung?
- andere Gründe:
- neuen Zahnersatz?
- „zweite Meinung“?
- Schmerzbehandlung?

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung, Kauen, ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer / Kiefergelenk

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Traktes ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Ohrensausen / Tinnitus ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen Blutdruck ja nein
- Niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- eine Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Rheuma ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein
- Wenn ja, wogegen?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung?
- Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher?
- einen Herzinfarkt

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- Bisphosphonate (z. B. Fosamax®, Actonel®), die den Knochenstoffwechsel beeinflussen?
- andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein
Wenn ja gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Erklärung des Privatpatienten

Mir ist bekannt, dass ich als Privatpatient in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Verzögerung zu begleichen. Es ist dafür ohne Belang, inwieweit sich Dritte (z. B. Beihilfsstellen) an diesen Kosten beteiligen.

Terminabsage

Die Zahnarztpraxis Dr. Kieslich ist eine reine Bestellpraxis. Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum

Unterschrift