Patientenbogen

DR.HEINEMANN
ZAHNÄRZTE

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

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 ☐ freiwillig gesetzlich versichert ☐ Zusatzversicherung für zahnärztl. Leistungen

☐ Beihilfe ☐ privat voll-versichert ☐ Basistarif einer privaten Versicherung

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Ich kannte die Praxis schon ☐ Empfehlung durch: _____

☐ Homepage ☐ Social Media (Facebook, Instagram, Youtube, Xing) ☐ Jameda ☐ Sprachassistenten (Siri, Google, Alexa)

☐ Schaukasten ☐ Presse (Anzeige/Zeitung) ☐ Flyer/Broschüre

☐ Sonstiges: _____

DATENSCHUTZ (GEM. ART. 9 ABS. 2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetzte entgegenstehen.

☐ Ich willige ein. ☐ Ich willige nicht ein.

Bitte bedenken Sie, dass wir Sie bei Nichteinwilligung nicht behandeln dürfen.

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

DR.HEINEMANN
ZAHNÄRZTE

Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten?

	Ja	Nein
+ Hepatitis?	☐	☐
Wenn ja welcher Typ? _____		
+ Ist Ihre Hepatitis ausgeheilt?	☐	☐
+ Tuberkulose (Tbc)?	☐	☐
+ HIV-positiv (AIDS)?	☐	☐
+ Andere Infektionskrankheiten?	☐	☐

_____

Herz oder Kreislauf Erkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Herz/Kreislauferkrankungen?

	Ja	Nein
+ Herzschwäche (Herzinsuffienz)?	☐	☐
+ Herzfehler?	☐	☐
+ Angina pectoris (Brustschmerzen)?	☐	☐
+ Herzinfarkt?	☐	☐
+ Herzmuskelentzündung?	☐	☐
+ Herzklappenersatz?	☐	☐
+ Erhöhter Blutdruck?	☐	☐
+ Niederiger Blutdruck?	☐	☐
+ Asthma?	☐	☐
+ COPD?	☐	☐
+ Thrombose/Embolie (z.B. Schlaganfall)?	☐	☐
+ Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	☐	☐

_____

Gerinnungsstörung

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Gerinungsstörungen?

	Ja	Nein
+ Lebererkrankungen?	☐	☐
+ Blutarmut (Anämie)?	☐	☐
+ Gestörtes Gerinnungssystem (Faktorleiden)?	☐	☐
+ Erhöhte Blutungsneigung?	☐	☐
+ Nehmen Sie Blutverdünner?	☐	☐

Krebserkrankungen

+ Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? (Z.B. Mamma- oder Prostata-Ca)	☐	☐
+ Hatten Sie eine Bestrahlung im Kopf-Halsbereich?	☐	☐

Tabak- und Alkoholkonsum

+ Rauchen Sie regelmäßig?	☐	☐
+ Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	☐	☐
Wenn ja, dürfen wir bei Ihnen alkoholhaltige Medikamente oder Spüllösungen verwenden?	☐	☐
+ Drogen?	☐	☐

Stoffwechselerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Stoffwechselerkrankungen?

	Ja	Nein
+ Schilddrüsenerkrankungen?	☐	☐
+ Magen-Darm Erkrankungen?	☐	☐
+ Diabetis mellitus?	☐	☐
+ Gicht/Porphyrie?	☐	☐
+ Osteoporose?	☐	☐
+ Arthrose?	☐	☐
+ Rheuma?	☐	☐

Nervenerkrankungen

+ Schlaganfall?	☐	☐
+ Epilepsie?	☐	☐
+ Psychische Erkrankungen?	☐	☐
+ Sonstige?	☐	☐

_____

Allergien

+ Leiden Sie an Allergien?	☐	☐
Wenn ja, an welchen? _____		

Weitere Angaben

+ Wann war Ihre letzte OP und welche?

_____

+ Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

_____

+ Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

_____

+ Benötigen Sie ein Antibiotikum? vor einem zahnärztlichen Eingriff?	☐	☐

Medikamente

+ Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein (z.B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Psychopharmaka, Antidiabetika, frei käufliche Präparate)?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
+ Nehmen Sie Bisphosphonate?	☐	☐
+ Nehmen Sie Immunsuppressiva?	☐	☐
+ Sonstige	☐	☐

Wenn ja, welche? _____

Für Frauen

+ Sind Sie schwanger?	☐	☐
Wenn ja, welcher Monat? _____		
+ Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)	☐	☐

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

DR.HEINEMANN
ZAHNÄRZTE

	Ja	Nein	
+ Sind Sie Angstpatient?	☐	☐	
Überempfindlichkeiten			
Medikamente	☐	☐	Welche? _____
Materialien	☐	☐	Welche? _____
Sonstiges	☐	☐	Welche? _____

WÜNSCHEN SIE SICH EINE BESONDERE BERATUNG ÜBER:

- ☐ Ästhetische Zahnheilkunde
- ☐ Hochwertigen Zahnersatz
- ☐ Amalgan-Entfernung
- ☐ Wurzelbehandlung
- ☐ Vorbeugung von Zahnerkrankungen (PZR)
- ☐ Parodontalbehandlungen
- ☐ Zahnfarb. Keramik-Füllung
- ☐ Kiefergelenk-Behandlung
- ☐ Entfernung der Weisheitszähne
- ☐ Komplettsanierung des Gebisses
- ☐ Füllungstherapie (Mehrschichttechnik, Inlays)
- ☐ Implantate
- ☐ Goldinlays
- ☐ Karies-Vermeidung
- ☐ Bleaching
- ☐ Ästhetische Korrekturen der Zähne (Veeners)

HABEN SIE NOCH FRAGEN ODER EIN BESONDERES ANLIEGEN?

Datum/Ort:

Unterschrift des Patienten