



Patientenerhebungsbogen.

Willkommen in unserer Praxis und vielen Dank, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Gerne unterhalten wir uns in aller Ruhe über Ihre individuellen Behandlungswünsche. Hierzu bitten wir Sie, diesen Gesundheitsbogen gewissenhaft und sorgsam auszufüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Vielen Dank, Ihre Zahnstrategen.

Patient

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Titel _____

Versicherter übereinstimmend mit Patient

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Titel _____

Kontakt

Anschrift _____

Telefon privat mobil _____

Telefon dienstlich mobil _____

E-Mail _____

Krankenkasse

gesetzlich privat Beihilfe sonstiger Kostenträger

Zusatzversicherung

Nein Ja, bei _____

Hausarzt

Name _____

Ort _____ Telefon _____

Facharzt aktuell in Behandlung

Name _____

Ort _____ Telefon _____

Gesundheitszustand

Bitte geben Sie auch Medikamente und Besonderheiten an!

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen? Nein

Herz und Kreislauf _____

Blutdruck _____

Blutgerinnungsstörungen _____

Lunge Asthma u. a. _____

Niere und Leber _____

Diabetes Typ I Typ II _____

Infektionen HIV, Hepatitis, TBC u. a. _____

Anfallsleiden Epilepsie u. a. _____

Allergien/Reaktionen

Betäubungsspritzen, Antibiotika, Schmerzmittel, Metalle, Latex u. a.

Rheuma _____

Sonstige Erkrankungen / gesundheitliche Risiken / Medikamente

Bestehen Unverträglichkeiten bei Medikamenten?

Nein Ja, bei _____

Sind bei Ihnen zuletzt (zahnärztliche) Röntgenaufnahmen gemacht worden? Nein Ja

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein Ja, im _____ Monat

Rauchen Sie?

Nein Ja, etwa _____

Besteht eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit?

Nein Ja, von _____

Recall-Programm

Für Ihre Zahngesundheit ist eine halbjährliche Kontrolluntersuchung empfehlenswert. Steht ein Termin an, benachrichtigen wir Sie auf Wunsch rechtzeitig.

- Kontaktieren Sie mich im Rahmen des Recall-Programms.

Anliegen, Wünsche und Bedürfnisse

Welches besondere Anliegen hat Sie zu uns geführt?

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

- Ja Nein Farbe, Zahnstellung u. a.

Verursachen Ihre Kiefergelenke Geräusche oder Schmerzen?

- Nein Ja

Haben Sie Zahnfleischbeschwerden oder Blutungen beim Zähneputzen?

- Nein Ja

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?

- Nein Ja Nicht übermäßig

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Überweisung von _____
- Empfehlung von _____
- Internet Praxis Schild _____

Terminsystem, Wartezeiten, Notfallbehandlungen

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall eingehalten werden. Dafür bitten wir um Verständnis. Erhalten Sie wegen eines Notfalls (z. B. akute Schmerzen) einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wir bitten Sie, mit Rücksicht auf unser Bestellsystem und die nachfolgenden Patienten, Ihre Termine pünktlich wahrzunehmen. Im Verhinderungsfall sagen Sie Ihren Termin bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher.

- Ich erkläre mich mit dem Erhalt von Informationen und Mitteilungen der Zahnarztpraxis an meine E-Mail-Adresse einverstanden und kann dies jederzeit und unbegründet schriftlich widerrufen.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten, deren Verwendung für Rückrufe und der späteren Weitergabe an einen Praxisnachfolger/Partner einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen des Gesundheitszustandes sowie anderer Angaben stets unverzüglich und unaufgefordert in Kenntnis zu setzen.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die oben aufgeführten Regelungen an und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

