

Patientenbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese 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 exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie evtl. mit Wartezeiten rechnen. Wir sind dennoch bemüht, diese für Sie so angenehm und kurz wie möglich zu gestalten, da wir mit mehreren Zahnärzten tätig sind.

Patient/in

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Gewicht: bis 70 kg 70 - 130 kg über 130 kg

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Name des Kostenträgers/
der Krankenkasse _____ Mobil: _____

- ich bin pflichtversichert ich bin privat versichert ich bin privat zusatzversichert
 ich bin freiwillig versichert ich bin beihilfeberechtigt ich bin zuschussberechtigt
 ich bin Standardtarif-/Basis-Versicherte(r) (Sozialamt, Versorgungsamt)

Beruf Schüler/Student

Berufsbezeichnung: _____

Arbeitgeber: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Arzt / Zahnarzt: _____
Name Name

Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Praxishomepage www.dr-strickhausen.de

Internet: Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____

Sonstiges: _____

Leiden Sie oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Herz/Kreislauf

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Ich besitze einen Herzpass
- Vom Hausarzt wurde eine Endokarditisprophylaxe mit Antibiotika empfohlen

Atemwege/Lunge

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Schnarchen

Krebserkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Leber, Magen, Darm

- Geschwür
- Refluxkrankheit
- Hepatitis A/B/C

Stoffwechsel, Zuckerkrankheit

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle/Epilepsie
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

Blut

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten (Hämophilie A/B)

Allergie/Überempfindlich gegen

- Gräser/Pollen
- Medikamente
- Jod
- Latex z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe

Schwangerschaft

- Sind Sie schwanger? (Woche? _____)

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- AIDS/HIV
- Zustand nach Organtransplantation
- Zustand nach Chemotherapie oder Bestrahlung

Tabakkonsum

- Rauchen Sie?
- ja nein
- Wenn ja, wieviel durchschnittlich?
- _____

Alkoholkonsum

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?
- ja nein
- Wenn ja, wie regelmäßig?
- _____

Wieviel?

Knochen

- Osteoporose
- Ich wurde in der Vergangenheit/werde zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt.

Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchen Präparat?

Medikamenteneinnahme

- Gerinnungshemmende Medikamente dauerhaft in den letzten Tagen
- Aspirin (ASS)
 - Marcumar
 - Ticlopidin
 - Clopidogrel (Plavix)

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika

Welche? _____

Schlafverhalten

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein | | Ja | Nein | |
| Wachen Sie morgens mit Kopfschmerzen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Sind bei Ihnen nachts Atemaussetzer beobachtet worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlen Sie sich morgens oft müde oder schlapp? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Lässt Ihre Konzentrationsfähigkeit tagsüber nach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Möchten Sie unser Recall-System in Anspruch nehmen?

- Ja, ich möchte durch ein unverbindliches Schreiben an meinen nächsten bevorstehenden Vorsorgetermin erinnert werden.