

# Patientenerhebungsbogen

Patient:Name	Vorname	Geburtsdatum/ - ort
Straße,Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Telefax
Versicherter:Name	Vorname	Geburtsdatum
Beruf	Arbeitgeber	Telefon Arbeitgeber
Krankenkasse / Krankenversicherung / Zusatzversicherung		Basistarif Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Wer hat Sie auf unsere Praxis aufmerksam gemacht? \_\_\_\_\_

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?

Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Zt. vorhandenen Beschwerden?

### Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Professionelle Zahnreinigung
- Parodontosebehandlung
- Implantate
- Zahnfarbene Füllungen
- Keramik- oder Goldfüllungen
- Kiefergelenksbehandlungen
- Bleichen der Zähne
- Veneers (Verblendschalen)

### Zahnärztliche Anamnese

**JA      NEIN**

Haben Sie Schmerzen an den Zähnen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Zahnfleischbluten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagieren Ihre Zähne deutlich auf kalte, heiße, süße oder saure Reize?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack oder Mundgeruch?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie neben Zahnbürste und Zahnpasta andere Mundhygieneprodukte? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie bei der zahnärztlichen Behandlung eine Betäubung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie eine Aufnahme in unsere Erinnerungsdatei (per Postkarte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# ANAMNESE

	JA	NEIN
Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name Ihres Hausarztes _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		
Besteht eine Schwangerschaft? _____ Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

		Ja	Nein			Ja	Nein
<b>Herz-/Kreislaufkrankungen:</b>				<b>Infektionserkrankungen:</b>			
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	HIV- positiv (AIDS)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz /-schwäche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen/ Gelbsucht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____				Magen- Darm- Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungshemmende Medikamente, z.B. Marcumar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Glaukom	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Organtransplantationen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Allergien/ Unverträglichkeiten:</b>				<b>Atemwegserkrankungen:</b>			
Lokalanästhesien/ Spritzen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Penicillin- Allergie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Medikamenten- Allergie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sonstige Allergien: _____							
Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen? _____					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit Einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Vlotho, den \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift