

Patienten-Erhebungsbogen

Sie sind heute das erste Mal in unserer Praxis. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden kann, bitten wir Sie um die Beantwortung nachfolgender Fragen. Diese sind für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzeptes und einer risikofreien Behandlung erforderlich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte gerne an die Rezeption.

Patient Herr/Frau/Kind

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Mitglied (falls abweichend Patient)

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Anschrift

Straße	PLZ	Wohnort
--------	-----	---------

Erreichbarkeit

Telefon tagsüber	Mobil
------------------	-------

Privat	E-Mail
--------	--------

ja

Versicherungsstatus

Gesetzlich bei	Freiwillig bei	Zusatzversicherung?
----------------	----------------	---------------------

ja

ja

Privat bei	Beihilfe?	Basistarif?
------------	-----------	-------------

Beruf/Arbeitgeber

Wurden Sie an unsere Praxis überwiesen/ empfohlen?

nein

ja, durch

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

nein

ja, wegen

Ihr Hausarzt/Facharzt

Haben Sie Herz-, Kreislaufferkrankungen?

- nein ja, welche?
- Herzschwäche (Insuffizienz) Hoher Blutdruck
- Herzasthma, Angina pectoris Niedriger Blutdruck
- Herzschrittmacher, Herzklappenersatz Herzinfarkt, wann _____
- Sonstiges _____

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen?

- nein ja, welche?
- Zuckerkrankheit (Diabetes) Nierenerkrankung
- Magen-Darm-Erkrankung Schilddrüsenerkrankung
- Sonstiges _____

Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems?

- nein ja, welche?
- Epileptoforme Anfälle Krämpfe
- Sonstiges _____

Haben Sie Infektionskrankheiten?

- nein ja, welche?
- Leberentzündung (Hepatitis A / B / C) HIV
- Tuberkulose Sonstiges _____

Haben Sie Bluterkrankungen?

- nein ja, welche?
- Blutgerinnungsstörung Sonstiges _____

Haben Sie folgende Erkrankungen?

- nein ja, welche?
- Anfallsleiden, Schlaganfall künstliche Gelenke
- Rheuma grüner Star
- Asthma Tumorerkrankung
- Sonstiges _____

Haben Sie Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten?

- nein ja, gegen welche Stoffe/Medikamente? Allergiepass vorhanden?
-

Traten nach Spritzen schon mal Nebenwirkungen auf?

- nein ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- nein ja, welche? (Medikamentenliste vorhanden?)
 Blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, Aspirin)
 Sonstige _____

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

- nein ja, welche Woche? _____

Wurden Sie kürzlich geröntgt?

- nein ja, welche Region? _____

Tragen Sie ein Hörgerät?

- nein ja

Schnarchen Sie?

- nein ja weiß nicht

Besteht ein ausgeprägter Würgereiz?

- nein ja

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

- nein ja weiß nicht

Wurde bei Ihnen schon mal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?

- nein ja

Möchten Sie an einem Recall (regelmäßige Erinnerung an Vorsorge/Zahnreinigung) teilnehmen?

- nein ja

Wenn ja, wie möchten Sie benachrichtigt werden?

- E-Mail Brief

Haben Sie einen Implantatpass?

- nein ja

Liegt bereits eine Pflegestufe vor?

- nein ja, welche _____

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befund- und Bilddaten an weiterbehandelnde Zahnärzte einverstanden (z.B. Kieferorthopäden, Kieferchirurgen)

- nein ja

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderung der obigen Angaben sofort mit.

Wir versuchen Wartezeiten möglichst gering zu halten. Daher bitten wir Sie dringend, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können baldmöglichst, spätestens jedoch 24 Stunden vorher abzusagen. Bei wiederholten Nichteinhalten von Terminen behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr von 50.-€ pro angefangene halbe Stunde in Rechnung zu stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Datenschutz:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich den im Wartezimmer der Praxis öffentlich ausliegenden Teil zum Thema Datenschutz nach der DGSVO gelesen habe, und mit diesem einverstanden bin.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Fragen Zeit genommen haben. Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihr Vertrauen.

Datum _____ Unterschrift _____

Qualitätszahnersatz „Made in Germany“

Jeder in unserer Praxis eingesetzte Zahnersatz, wird von kleinen zahntechnischen Meisterbetrieben mit größter Sorgfalt und höchstem Anspruch an Qualität und Ästhetik hergestellt. Alle diese Dentallabore befinden sich in der Nähe. Sollten Sie ein spezielles Labor bevorzugen kreuzen Sie es bitte in der Liste an.

- Dentallabor Oliver Förster, Gauting
- Dentallabor Günter Schachler, Gilching
- Dentallabor Jörg Bies, Alling
- Dentallabor Anita Schollerer, München-Freiham
- Pearl Dental Afshin Rostami, München