

Patientenbogen

Patientenname/Titel: _____ Geb.Datum: _____
 Versichertenname: _____ Geb.Datum: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____
 Krankenkasse: _____ Mobil/Tel.: _____
☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat Versichert E-Mail: _____
☐ Zahnzusatzversichert ☐ Beihilfe Beruf/Arbeitgeber: _____

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____
 Was ist Ihnen bei der Behandlung besonders wichtig? _____

Leiden Sie unter einer der folgenden Beschwerden?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Kiefergelenksknacken	☐	☐	Mundgeruch	☐	☐
Schnarchen	☐	☐	Zahnfleischbluten (z. B. beim Zähneputzen)	☐	☐
Knirschen oder Pressen der Zähne	☐	☐			

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen/Beschwerden:	Ja	Nein	Erkrankungen des Nervensystems:	Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____	☐	☐	epileptiforme Anfälle/Krämpfe	☐	☐

Allergien/Überempfindlichkeiten:	Ja	Nein	Immunsystem:	Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____	☐	☐	Leiden Sie unter Erkrankungen d. Immunsystems?	☐	☐

Kreislaufkrankungen:	Ja	Nein	Bisphosphonat-, oder Strahlentherapie?	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐			
Schlaganfall	☐	☐			
Sonstiges _____	☐	☐			

	Ja	Nein	Leiden Sie an Atemwegserkrankungen?	Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____	☐	☐			

Stoffwechselerkrankungen:	Ja	Nein	Knochen	Ja	Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐	Osteoporose	☐	☐
Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐	Einnahme von Bisphosphonaten	☐	☐
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐			

Bluterkrankungen:	Ja	Nein	Weitere Angaben:	Ja	Nein
Blutungsneigungen (Hämophilie)	☐	☐	Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____	☐	☐
Blutarmut (Anämie)	☐	☐	Sind Sie schwanger?	☐	☐
			Wenn ja, welcher Monat? _____		

Infektionskrankheiten:	Ja	Nein	Rauchen Sie?	☐	☐
Leberentzündung/Gelbsucht (Hep. A, B oder C)	☐	☐	Nehmen Sie Medikamente?	☐	☐
Tuberkulose	☐	☐	Wenn ja, welche? _____		
AIDS, HIV	☐	☐			

Pflegestufe: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Bekannte/Verwandte ☐ Arzt/Zahnarzt ☐ Werbung (Zeitung/Flyer/Plakate etc.) ☐ Internet

Wer/Wo: _____

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____

☐ Ich wünsche nicht an den nächsten Routine-Termin per SMS/E-Mail erinnert zu werden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit durch den Einfluss einer lokalen Betäubung für 24 h beeinträchtigt sein kann.