

Patientenaufnahmebogen Zahnarztpraxis Dr. Britta Timte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten und vielfältige individuelle Vorgeschichten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.

1. Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____ Geburtsort: _____

Sie sind familienversichert über: _____ Beruf: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

2. Gesundheitsfragen (Anamnese)

Herzerkrankungen Ja Nein

(z.B. Herz(klappen) fehler, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, **Herzschrittmacher**)

Blutgerinnungsstörungen/Bluterkrankungen Ja Nein

(z.B. Nachblutungen bei Zahnbehandlungen, Nasenbluten, häufig blaue Flecken)

Wie ist ihr Blutdruck? _____ Normal Erhöht erniedrigt

Lungenerkrankungen/Atemwegserkrankungen Ja Nein

(z.B. Bronchialasthma, Emphysem)

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Diabetes mellitus HbA1c Wert: _____ Ja Nein

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV) _____ Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

chronische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, grüner Star, Rheuma, Osteoporose) _____ Ja Nein

Psychische Erkrankungen Ja Nein

(z.B. Depressionen, Gedächtnisstörungen, Schwindel, Nervosität, Schlafstörungen, Zittern, Antriebslosigkeit)

Allergien oder Unverträglichkeiten Ja Nein

(z.B. Heuschnupfen, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, Jod)

Wenn ja, welche:

Nehmen Sie Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel?

(z.B. Markumar, Eliquis, Clopidogrel, Xarelto, Ass, Antibiotika, Cortison, Insulin, Hormone)

Wenn ja, welche:

Wurden Sie operiert? _____

(z.B. Knieendoprothese, Hüftendoprothese, Schulterendoprothese)

Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Patientenaufnahmebogen Zahnarztpraxis Dr. Britta Timte

3. sonstige Angaben

Rauchen Sie? E/Tabak? Ja Nein Wenn ja, wie viel? _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein Wenn ja, was und wie viel? _____

Haben Sie Angst vor einem Besuch einer Zahnarztpraxis? Ja Nein
Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnsteinbildung? Ja Nein
Benutzen Sie Zahnseide oder Interdentalbürstchen? Ja Nein
Haben Sie Schmerzen bei der Mundöffnung oder Knacken die Kiefergelenke? Ja Nein
Haben Sie Verspannungen im Kopf-/Hals- und/oder Nacken-/Schulterbereich? Ja Nein
Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen/Migräne? Ja Nein
Sind Sie über Fremdmaterialien in Ihrem Mund besorgt? Ja Nein

Besteht ein Pflegegrad? Ja Nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

Haben Sie besondere Wünsche /Interesse an Informationen?

Wurden Sie überwiesen oder empfohlen?

aktueller Grund des Zahnarztbesuches?

4. Termine

Wir führen eine Terminpraxis.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um **rechtzeitige Absage (mindestens 24 Stunden vorher)**.

Nicht abgesagte Termine und entstehende Ausfallzeiten können privat in Rechnung gestellt werden.

5. Datenschutz

Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis erhalten bzw. zur Kenntnis genommen und willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der zahnärztlichen Behandlung und Abrechnung ein.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter: _____