

Patientenbogen Erwachsene



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine umfassende und individuelle Beratung und/oder Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß – alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient

Name: _____ Tel. Nr.: _____
Vorname: _____ Mobil: _____
Geb. Datum: _____ Krankenkasse/Ort: _____
Straße, Nr.: _____ Geburtsort: _____
PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

männlich weiblich divers

Versicherter

Name: _____ E-Mail: _____
Vorname: _____ Mobil: _____
Geb. Datum: _____ Beruf: _____

Straße, Nr.: _____ männlich weiblich divers

PLZ/Ort: _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert privat versichert
 Beihilfe Basistarif einer privaten Versicherung

Name des Zahnarztes: _____

Ich verpflichte mich, während der gesamten Behandlungsdauer eintretende Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaft, Wohnorts- oder Krankenkassenwechsel) der Praxis unverzüglich mitzuteilen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass von der Praxis Unterlagen beim Zahnarzt/ Überweiser/ Vorbehandler angefordert werden können.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt für Sie an der Rezeption aus. Zeitgleich finden Sie dieses auf unserer Homepage – www.kfo-minden.de.

Datum

Unterschrift

Bitte wenden



Patientenbogen Erwachsene



Allgemeine Gesundheitsfragen

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz, Leber, Niere, Asthma, Blutgerinnungsstörungen, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? Ja Nein
Wenn ja welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja welche? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (Nickel, Heuschnupfen) Ja Nein
Wenn ja welche? _____

Kieferorthopädische Gesundheitsfragen

- Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
In welchem Zeitraum? _____
- Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferstellung?

- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? Ja Nein
- Bestehen häufig Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Schmerzen beim Kauen? Ja Nein
Welche Beschwerden? _____
- Besteht Zähneknirschen oder Zähnepressen? Ja Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers? Ja Nein
Wenn ja, welche und wann? _____
- Schlafen Sie häufig mit offenem Mund und / oder schnarchen Sie? Ja Nein
- Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? Ja Nein
 Mandeln entfernt Polypen entfernt Sonstiges _____
- Sind Sie in orthopädischer Behandlung? Ja Nein
- Werden orthopädische Einlagen getragen? Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? Ja Nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____ Ja Nein

Mundhygiene

- Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? _____ mal täglich
- Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? Ja Nein
- Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? Ja Nein

Eigene Anmerkungen: _____
