

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:

männlich weiblich divers

Beruf:

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 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 putzt Ihr Kind seine Zähne? mal täglich

- Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? Ja Nein

- Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? Ja Nein

Eigene Anmerkungen: