

Allgemeine Patientendaten

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen und hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Für einen reibungslosen organisatorischen Ablauf und eine sichere Behandlung sind jedoch noch einige Fragen zu beantworten. Daher füllen Sie bitte diesen Fragebogen sorgfältig aus. Bei Fragen Ihrerseits wenden Sie sich gerne an unsere Rezeption. Vielen Dank!

Patientendaten

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name Vorname..... geboren am

Straße/Nr.....

Postleitzahl Ort

Telefon mobil E-Mail

Beruf und Arbeitgeber

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches?

Name der Krankenkasse/Versicherungsgesellschaft

- gesetzlich pflichtversichert privat versichert beihilfeberechtigt

Angaben zu dem Versicherten (Wenn nicht gleich mit Patient!)

Name Vorname..... geboren am

Straße/Nr.....

Postleitzahl Ort

Telefon mobil E-Mail

Rechnungsempfänger (wenn nicht gleich Patient, Name und Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)

Anamnese

Um eine sichere Behandlung gewährleisten zu können und möglichen Komplikationen vorbeugen zu können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt. Leiden oder litten Sie an eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Allergien gegen: | <input type="radio"/> genetische Erkrankungen | <input type="radio"/> Epilepsie |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> ADHS/ADS | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Asthma/Atemnot | <input type="radio"/> Autismus | <input type="radio"/> HIV/AIDS |
| <input type="radio"/> Chronische Bronchitis | <input type="radio"/> Angstzustände | <input type="radio"/> Sind oder waren Sie drogenabhängig? |
| <input type="radio"/> Blutungsneigung (Hämophilie) | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> nehmen Sie Medikamente? |
| <input type="radio"/> Herzerkrankungen | <input type="radio"/> Tumore / Krebsleiden | <input type="radio"/> Marcumar/Heparin/ASS |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Hör- und Sehprobleme | <input type="radio"/> Antidepressiva |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Paukenröhrchen | <input type="radio"/> Bisphosphonate (z.B. bei Osteoporose) |
| <input type="radio"/> Angina pectoris | <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Sind Sie schwanger? |
| <input type="radio"/> Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Sind Sie Raucher? |
| <input type="radio"/> Hypertonie (zu hoher Blutdruck) | <input type="radio"/> Hepatitis C | Anzahl am Tag: |
| <input type="radio"/> Hypotonie (zu niedriger Blutdruck) | | |
| <input type="radio"/> Diabetes | | |

Sonstiges:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Google | <input type="radio"/> Flyer | <input type="radio"/> facebook richmodent |
| <input type="radio"/> Jameda | <input type="radio"/> Fahrradständer | <input type="radio"/> facebook richmokids |
| <input type="radio"/> durch Freunde und Familie | <input type="radio"/> Parkhauschild Einfahrt | <input type="radio"/> facebook myobrace |
| <input type="radio"/> Anzeige Känguru <input type="radio"/> Anzeige Junior | <input type="radio"/> Parkhauschild am Kassenautomat | <input type="radio"/> Stipunkte |
| <input type="radio"/> durch einen Arzt: | | |
| <input type="radio"/> Sonstiges: | | |

Interessieren Sie sich für folgende Themen?

- | | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Implantate | <input type="radio"/> fester Zahnersatz | <input type="radio"/> Kieferorthopädie | <input type="radio"/> Prophylaxe | <input type="radio"/> Ästhetik |
| <input type="radio"/> Sonstiges: | | | | |

Wie möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden?

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> SMS | <input type="radio"/> Email | <input type="radio"/> Telefonisch |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|

Hinweise

Bitte beachten Sie, dass nach einer **örtlichen Betäubung** Ihre Reaktionsfähigkeit – ähnlich wie bei der Einnahme von Beruhigungs- oder Schmerzmitteln – beeinträchtigt ist. In den auf die Behandlung folgenden 2 bis 3 Stunden sind Sie absolut fahruntüchtig und auch innerhalb der ersten 24 Stunden nur bedingt fahrüchtig. Mit Betreten der Praxis erklären Sie sich mit der Aufnahme durch unsere Sicherheitskameras einverstanden.

Bitte beachten Sie, dass wir für Termine, welche nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, eine Ausfallgebühr berechnen.

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Spezielle Kinderanamnese

Angaben zum Kind

Spitzname Lieblingstier

Lieblingsfarbe Lieblingskuscheltier

Hobbys..... bester Freund/Freundin.....

Lieblingofilm

Geschwister: Bruder/Brüder (Alter:) Schwester/n (Alter:)

Angaben Erziehungsberechtigte/r

Mutter Vater beide Sonstiges

Name Vorname geb.

Postleitzahl Ort

Straße/Nr.

tagsüber erreichbar unter Mobil

E-Mail-Adresse

Beruf Vater Beruf Mutter

Name des Kinderarztes

Was ist der Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches?

War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? ja nein

Name des behandelnden Zahnarztes:

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

Besteht Interesse an einer kieferorthopädischen Behandlung? ja nein

Ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Name des behandelnden Kieferorthopäden:

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

..... Datum Unterschrift