

Zahnarztpraxis Kleinschmidt
Praxis für dentale Ästhetik und Prophylaxe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen ist unser höchstes Ziel.

Um dieses Ziel zu erreichen benötigen wir ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus, damit wir auf Sie ein persönlich abgestimmtes Behandlungskonzept ermöglichen können.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum : _____ **Telefon / Handy:** _____

E-Mail : _____

Anschrift : _____

Versicherung : gesetzlich versichert Krankenkasse _____
 Zusatzversicherung
 Privat versichert Basistarif Beihilfe

Haben Sie einen **gesetzlichen Betreuer:** Ja Nein

Welchen Beruf haben Sie? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Lockerung der Zähne |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischrückgang | <input type="checkbox"/> Kontrolltermin |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Beschwerden im Kiefergelenk |

Wünschen Sie zusätzlich eine Aufklärung zu folgenden Themen?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bleaching (Zahnaufhellung) | <input type="checkbox"/> Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> ästhetische Füllungen | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Stimmen Sie zu, dass wir Ihre Daten an Dritte weitergeben dürfen, wenn eine **Korrespondenz** zwischen einem **anderen Arzt** erfolgen muss? Ja Nein

Als Service bieten wir Ihnen an, Sie regelmäßig an den halbjährigen Kontrolltermin zu erinnern. Wünschen Sie diese **Erinnerung**? Ja Nein

Gesundheitsfragen:

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Haben Sie Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Herz

- Herzinfarkt Bypass Operationen Herzinsuffizienz Herzschrittmacher
 Herzmuskelentzündung Herzklappenersatz Rhythmusstörungen Herz Pass

Kreislauf

- Niedriger Blutdruck
 Bluthochdruck
 Schlaganfall
 Durchblutungsstörung

Bluterkrankungen

- Blutungsneigung
 Blutarmut

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
 Schilddrüsenerkrankung
 Diabetes

Augen

- Grüner Star
 Grauer Star

Lunge

- Asthma
 Bronchitis
 Covid-19/COPD

Leber

- Hepatitis
 A B C

Blasen / Nieren

- Nierenerkrankung
 Blasenerkrankungen
 Dialyse

Sonstige Augen OP's: _____

Nervensystem

- Epilepsie
 Migräne
 Kopfschmerzen
 Depression

Magen-Darm-Erkrankungen

- Magenerkrankung
 Darmerkrankung

Bewegungsapparat

- Rheuma
 Gicht
 Arthrose
 Osteoporose

Haben Sie Organtransplantate oder Implantate:

Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

- HIV/AIDS Tuberkulose
 Krebserkrankungen: Bestrahlung Chemotherapie Einnahme von Bisphosphanaten

Sind Sie Schwanger?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher SSW _____

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele am Tag? _____

Trinken Sie Alkohol?

nie gelegentlich häufig

Sonstige Erkrankungen: _____

Mit der Unterschrift versichern Sie, dass die vorstehenden **Angaben** der Wahrheit entsprechen.

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte beachten Sie bei der Terminvereinbarung, dass wir Ihren Termin verbindlich für Sie reservieren. Bitte **sagen Sie aus diesem Grund mindestens 24 Stunden vorher bei einer Verhinderung ab.** Werden Termine unentschuldig nicht eingehalten, behalten wir uns vor, den Ausfall, Ihnen in Rechnung zu stellen.