

**BS**

DR. SOHLICH + DR. BEHRENS-BOCK

**DIE ZAHNÄRZTE**

AN DER AU

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit nehmen um den folgenden Patientenbogen auszufüllen. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

## 1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Patient Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherter Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Patient Anschrift Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Versicherter Anschrift Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

### Rechnungsempfänger / Zahlungspflichtiger

Kontakt Tel. (privat) \_\_\_\_\_ \* Tel. (geschäftlich) \_\_\_\_\_

\* Mobilnummer \_\_\_\_\_ \* E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ \* Beruf \_\_\_\_\_

Pflichtversichert  Freiwillig versichert  Private Zusatzversicherung  Beihilfe  Privat

Privat/Basistarif  Kostenerstattung  Gesetzliche Vertretung

Pflegestufe, welche: \_\_\_\_\_

**Führen Sie ein Bonusheft?**  ja  nein

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Persönliche Empfehlung von: \_\_\_\_\_  Internet

Wir möchten Sie bitten, die vereinbarten Termine spätestens **24 Stunden vorher** abzusagen!

## 2. ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

**Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?**

**Haben Sie Zahnersatz?**  ja, seit wann \_\_\_\_\_  festsitzend  herausnehmbar  nein

**Haben Sie Implantate?**  ja, seit wann \_\_\_\_\_  nein

**Ist Ihnen aufgefallen, dass ....**

Ihr Zahnfleisch beim Putzen (häufiger) blutet?

Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden?

Sie mit Ihren Zähnen knirschen?

Wenn ja, haben Sie eine Knirscherschiene  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Ihre Kiefergelenke knacken?

Sie nachts schnarchen oder hat es Ihnen jemand mitgeteilt?

**Möchten Sie unseren schriftlichen Erinnerungsservice in Anspruch nehmen?**  ja  nein

\* freiwillige Angaben

**Wegen welcher Krankheiten werden oder wurden Sie behandelt?**

Bitte zutreffendes ankreuzen

**Nehmen Sie Medikamente wegen jener Erkrankung ein?**

Wenn ja, bitte Medikamentenname hinter der Erkrankung notieren

		Ja	Nein
<b>Infektionskrankheiten</b>	AIDS / HIV _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hepatitis A, B oder C _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose (TBC) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herz - Kreislaferkrankungen</b>	Haben Sie einen Herzpass? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hoher Blutdruck (Hypertonie) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Niedriger Blutdruck (Hypotonie) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzklappenerkrankungen / -defekt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schlaganfall _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutgerinnungsstörung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien/Unverträglichkeiten</b>	Endokarditis - Prophylaxe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lokalanästhetika _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzmittel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antibiotika/Penicillin - Überempfindlichkeit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Erkrankungen</b>			
	Diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma / COPD _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	grüner Star / Glaukom _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krebs _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rheuma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epilepsie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Allgemeine Angaben</b>			
	Raucher _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwangerschaft, wenn ja welcher Monat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Eine nicht aufgeführte Erkrankung:</b> _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____		

**Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben:**

Datum

Unterschrift Patient