Praxis & Labor
ZAHNÄRZTE
Hohe Strasse
Dr. Nicola Arnhold | Dr. Stefanie Spohn

Patientenbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akuten Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie evtl. mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns unbedingt die Krankenversicherungskarte (egK) spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als freiwillig versicherter Patient haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gem. § 13 SGB (Kostenerstattung).

Patient/in

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Mitglied

(Zahlungspflichtige/r, bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Name des Kostenträgers/der Krankenkasse: _____

☐ ich bin pflichtversichert ☐ ich bin privat versichert ☐ ich bin nicht versichert

☐ ich bin freiwillig versichert ☐ ich bin Standardtarifversichert ☐ ich bin privat zusatzversichert

☐ ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt)

☐ ich bin beihilfeberechtigt gemäß § 25/Abs. 2a SGB V.

☐ Ich habe einen Pflegegrad: _____

Beruf

Berufsbezeichnung: _____

Arbeitgeber: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Das Praxisteam bittet Sie, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.

Herz/Kreislauf

- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Angina pectoris
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzschwäche
- ☐ Herzfehler
- ☐ Herzmuskelentzündung
- ☐ Herzklappenentzündung
- ☐ Künstliche Herzklappe
- ☐ Herzrytmusstörungen
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Endokarditis
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Gefäße

- ☐ Schlaganfall
- ☐ Thrombosen
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Krampfadern
- ☐ _____
- ☐ _____

Leber

- ☐ Fettleber
- ☐ Leberzirrhose
- ☐ Hepatitis A/B/C
- ☐ Gelbsucht / Ikterus
- ☐ Gallensteine
- ☐ _____
- ☐ _____

Blut

- ☐ Gerinnungsstörungen
- ☐ Auch bei Blutsverwandten (Hämophilie A/B)
- ☐ Nachblutungen nach Operationen
- ☐ Häufiges Nasenbluten
- ☐ Blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Nieren

- ☐ Nierensteine
- ☐ Nierenentzündung
- ☐ Dialysepflichtig
- ☐ _____

Atemwege/Lunge

- ☐ Chronische Bronchitis
- ☐ Lungenentzündung
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Asthma
- ☐ COPD
- ☐ Lungenemphysem
- ☐ Schlafapnoe
- ☐ Schnarchen Sie?
- ☐ _____
- ☐ _____

Augen

- ☐ Grüner Star / Glaukom
- ☐ Grauer Star / Katarakt
- ☐ Starke Einschränkung in der Sehkraft
- ☐ Blindheit
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Stoffwechsel, Zuckerkrankheit

- ☐ Diabetes mellitus Typ 1
- ☐ Diabetes mellitus Typ 2
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ _____
- ☐ _____

Magen/Darm

- ☐ Verdauungsstörungen
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Refluxkrankheit
- ☐ Geschwür
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Skelettsystem/Knochen

- ☐ Osteoporose
- ☐ Gelenkerkrankungen
- ☐ Künstliche Gelenke
- ☐ Muskelerkrankungen
- ☐ Fibromyalgie
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ Ich wurde in der Vergangenheit/ werde zur Zeit mit Bisphosphonaten oder Denosumab behandelt. (Infusionen, Tabletten)

  Wegen welcher Erkrankung?

  _____

  Wann?

  _____

  Mit welchen Präparat?

  _____
- ☐ Alendronsäure (Fosamax, Fosavance)
- ☐ Ibandronsäure (Bonviva, Bondronat)
- ☐ Risedonat (Actonel)
- ☐ Clodronat (Bonefos)
- ☐ Zoledronsäure (Aclasta, Zometa)
- ☐ Denosumab (Prolia)
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Allergie/Überempflindlichkeit gegen

- ☐ Gräser/Pollen
- ☐ Antibiotika
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Jod
- ☐ Latex (z. B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe)
- ☐ Metalle
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ Allergiepass vorhanden

Immunschwäche

- ☐ Einnahme von Cortison
- ☐ Zustand nach Organtransplantation
- ☐ AIDS/HIV
- ☐ Zustand nach Chemotherapie oder Bestrahlung
- ☐ Blutkrebs
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen

- ☐ Tumorerkrankungen, z. B. Brust-/Prostatakrebs
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Weitere Angaben:

- ☐ Sind Sie schwanger?

  (Welche Woche? _____)
- ☐ Rauchen Sie? Wieviel durchschnittlich pro Tag?

  _____
- ☐ Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? Wann?

  _____
- ☐ Trinken Sie gelegentlich Alkohol? Regelmäßig?

  Wie viel?

  _____

Gerinnungshemmende Medikamente

Dauerhaft oder in den letzten Tagen

- ☐ Aspirin/ASS
- ☐ Brilique/Ticagrelor
- ☐ Marcumar/Falithrom
- ☐ Clopidogrel (Plavix/Iscover/Ticlopidin)
- ☐ Coumadin, Warfarin, Heparin
- ☐ Xarelto, Pradaxa, Eliquis
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von:

- ☐ Bekannte / Verwandte: _____
- ☐ Arzt / Zahnarzt: _____
- ☐ Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)

Internet:

- ☐ Zusätzlich informiert auf **www.zahnaerzte-hohestrasse.de**
- ☐ Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
- ☐ Google
- ☐ Sonstiges: _____

Nerven/Gemüt

- ☐ Krampfanfälle/Epilepsie
- ☐ Lähmungen
- ☐ Depressionen
- ☐ Angstzustände
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Ungewöhnliche Reaktion auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen

- ☐ Spritzen
- ☐ Medikamente
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Regelmäßige Medikamente

- ☐ Blutdruckmedikamente
- ☐ Herzmedikamente
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Rheumamittel
- ☐ Psychopharmaka
- ☐ Antibabypille
- ☐ Antidiabetika
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ Antibiotika in den letzten 3 Monaten
- ☐ Ständig in ärztlicher Behandlung? Warum?

  _____

  _____

  _____

Auffälligkeiten im Mund-/Zahn-Bereich

- ☐ Temperaturempfindliche Zähne
- ☐ Zahnfleischbluten
- ☐ Stellungsveränderungen der Zähne
- ☐ Zahnspange in der Vergangenheit
- ☐ Häufig durch den Mund atmen
- ☐ Zahnverlust durch Karies
- ☐ Zahnverlust durch Lockerung
- ☐ Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung/Zahnfleischbeschwerden

  Welche Behandlung?

  _____

  _____

- ☐ „Parodontose"-Behandlung durchgeführt? Wann?

  _____

  _____

Hausarzt

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Recall

Möchten Sie am Recallsystem teilnehmen und halbjährlich an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden? ☐ Ja ☐ Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Zahnärzte Hohe Strasse 16 47929 Grefrath
Telefon 02158 - 31 86 Telefax 02158 - 91 19 81 info@zahnaerzte-hohestrasse.de