

Ihr Anliegen an uns möglichst genau kennen zu lernen ist uns wichtig. So können wir Sie gut behandeln. Wir sind Ihnen daher dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit für uns nehmen und den folgenden Patientenbogen ausfüllen. Das Formular kann auch am Computer ausgefüllt und an uns gesendet werden. Bitte beachten Sie hierzu unsere Datenschutzhinweise am Endes des Formulars. Ihre Unterschrift erfolgt dann bei uns vor Ort.

I. Persönliche Angaben

Patient

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherter

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Kontakt

Privat: _____ Geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse

Pflichtversichert

Freiwillig versichert

Privatversichert

Privatversichert, Basisvertrag

Private Zusatzversicherung

Beihilfe

Beruf

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: _____ Überweisung durch: _____

Internet

Telefonbuch

Gelbe Seiten

Sonstige

II. Risikoanamnese

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden kann.

Infektionskrankheiten (HIV, TBC, Hepatitis etc.)

Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck etc.)

Hormonelle Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüse etc.)

Blutgerinnungsstörung

Chronische Erkrankungen (Rheuma MS, Krebs, Epilepsie etc.)

Schwangerschaft (_____ Monat)

Stillzeit (_____ Monat)

Allergien, Arzneimittelüberempfindlichkeit

welche? _____

Medikamenteneinnahme

welche? _____

III. Spezielle medizinische Anamnese

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkung zum Kauorgan stehen. Durch Ihre Angaben können eventuelle Zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

Magen, Bauspeicheldrüse, Milz: _____

Leber, Galle: _____

Atemsystem, Verdauung, Nasennebenhöhle: _____

Haut (Allergie, Neurodermitis etc.): _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hormonelle Störungen: _____

Niere, Blase, Lymphe, Unterleib: _____

Psychische Probleme/Belastungen (auch Therapie): _____

Spezielle Probleme oder sonstige Erkrankungen: _____

IV. Zahnmedizinische Anamnese

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Aktuell: _____

Langfristig: _____

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

Haben Sie Zahnersatz?	Ja, seit wann _____	Festsitzend	Herausnehmbar	Nein
Haben Sie Implantate?	Ja, seit wann _____	Festsitzend	Nein	

Ist Ihnen in letzter Zeit aufgefallen, dass ...

... Sie mit den Zähnen knirschen? Wenn ja, haben Sie eine Knirschschiene? Nein Ja, seit _____

... Ihre Kiefergelenke knacken?

... Sie Verspannungen im Bereich von Gesichts- und Nackenmuskulatur haben?

... Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne leiden?

Sind Sie oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja, Zeitraum: _____

Schnarchen Sie? Nein Ja

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient