

Dr. Susanne Ade & Eva Elies

Ihr Anliegen an uns, Sie 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.

Hiermit versichern wir, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu unsere Betreuung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Patient

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherter:

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Kontakt/Telefon

Privat:

Geschäftlich:

Mobil:

E-Mail:

Krankenkasse:

Pflichtversichert

Privatversichert Private Zusatzversicherung

Beihilfe

Beruf:

Arbeitgeber, Ort:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: _____

Internet Sonstige _____

II: Risikoanamnese

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

Infektionskrankheiten (HIV, TBC, Hepatitis)

Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, Herzinfarkte, Endokarditis, Herzinsuffizienz, Kreislauferkrankung, Bluthochdruck)

Krebserkrankungen

Hormonelle Erkrankungen:

Diabetes HbA 1c-Wert

Schilddrüse etc.

Blutgerinnungsstörung

Blutgerinnungshemmende Medikamente

Chronische Erkrankungen, Schlaganfall, Gefäßerkrankungen, Epilepsie, Rheuma, MS

Schwangerschaft (___ Monat) Stillzeit

Magen- Darmerkrankungen

Allergien, Arzneimittelüberempfindlichkeit welche? _____

Medikamenteneinnahme welche? _____

Allergiepass

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.

Besteht eine Behinderung / gibt es eine Pflegestufe wenn ja welche: _____ Ja Nein

Leber, Galle: _____

Atemsystem, Nasennebenhöhle: _____

Niere, Blase, Lymphe, Unterleib: _____

Psychische Probleme/Belastungen (auch Therapie): _____

Spezielle Probleme oder sonstige Erkrankungen: _____

Rauchen Sie ? Ja Nein

Wenn ja: seit wievielen Jahren _____ pro Tag _____

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?

_____ Wurden in den letzten 2 Jahren Zahnröntgenaufnahmen angefertigt? Ja Nein

Wo können wir diese ggf. anfordern? _____

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

Wie zufrieden sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne? Zeigen Sie Ihre Zähne gerne?

Ja Nein, weil _____ Neutral

Haben Sie Zahnersatz? Ja seit wann _____ Festsitzend Herausnehmbar Nein

Haben Sie Implantate? Ja seit wann _____ Nein

Ist Ihnen aufgefallen, dass ...

- Ihr Zahnfleisch (häufiger) blutet?
- Ihr Zahnfleisch zurückweicht bzw. Ihnen Ihre Zähne länger erscheinen als sonst?
- Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden?
- Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen?
- sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet?
- sich Ihre Zähne schnell verfärben?
- sich Ihre Mundschleimhäute häufig entzünden?

Ist Ihnen aufgefallen, dass ...

- Sie mit den Zähnen knirschen?
Wenn ja, haben Sie eine Knirschiene? Nein Ja, seit _____
- Ihre Kiefergelenke knacken?
- Sie Verspannungen im Bereich von Gesichts- und Nackenmuskulatur haben?
- Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne leiden?

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

Möchten Sie, dass wir Sie an Ihren nächsten Prophylaxetermin / Kontrolltermin erinnern?

Ja Brief Anruf Mail SMS
Nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Hamburg, den

Unterschrift