

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Christian Korten!

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient!

Sie haben unseren Patientenerhebungsbogen von unserer Internetseite heruntergeladen und können ihn nun bequem ausfüllen, abspeichern und uns per Email zusenden. Nutzen Sie dazu folgende Email-Adresse: termin@doktorkorten.de
Alternativ können Sie ihn auch ausdrucken und zum vereinbarten Termin mitbringen. Herzlichen Dank!

Damit die Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand hin angepasst erfolgen kann, benötigen wir ein paar Angaben und die Beantwortung einiger Fragen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben und Daten auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes!

Persönliche Angaben des Patienten:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geb.-Datum	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Wohnort	<input type="text"/>
Tel.privat	<input type="text"/>	Tel. dienstl.	<input type="text"/>
Handy	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>

gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung Beihilfe privat versichert

Angaben zum Versicherten bei Patienten unter 18 Jahren oder bei abweichender Rechnungsanschrift:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Wohnort	<input type="text"/>
Geb.-Datum	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Ja Nein Wenn ja, von wem?

Was ist der Anlass Ihres Besuchs (z.B. Kontrolluntersuchung, Beratung, Füllung verloren Schmerzen etc.)?

Ich wünsche den Erinnerungsservice für Kontrolluntersuchungen/Recall per eMail

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen:

Zur Gesunderhaltung Ihrer Zähne und Ihres Zahnfleisches sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen im Abstand von 6 Monaten unerlässlich. Wir bieten Ihnen im Rahmen unseres Recall-Programms an, Sie an diese Kontrolluntersuchungen in den entsprechenden Abständen zu erinnern.

Prophylaxe/Professionelle Zahnreinigung

Behandlungsschwerpunkt Professionelle Zahnreinigung/Prophylaxe für Erwachsene:

Vorbeugende Behandlungsmaßnahmen helfen, eine Erkrankung der Zähne und des Zahnfleisches zu verhindern. Wir führen dazu bei unseren Patienten regelmäßige Professionelle Zahnreinigungen durch. Gesetzlich Versicherte haben hierfür keinen Anspruch auf Erstattung und müssen die Behandlung selbst bezahlen. Über die anfallenden Kosten werden Sie individuell beraten und aufgeklärt!

Allgemeine Gesundheitsangaben

Herz-/Kreislaufferkrankungen

- Hoher Blutdruck
 - Niedriger Blutdruck
 - Endokarditis-Prophylaxe
 - Sonstige Erkrankungen (z.B. Stent)
 - Herzklappen-Erkrankung
 - Herzschrittmacher
-

Infektionserkrankungen

- Tuberkulose
- HIV/AIDS
- Hepatitis ⇒ Hep. A Hep. B Hep. C

Allergien/Überempfindlichkeiten gegen Arzneimittel:

- Lokalanästhetika (Betäubung beim Zahnarzt)
 - Antibiotika (z.B. Penicillin)
 - Schmerzmittel
 - Sonstige
-

weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen
 - Asthma
 - Lungenerkrankung
 - Schilddrüsenerkrankung
 - andere Erkrankungen:
 - Leber-/Nierenerkrankungen
 - Ohnmachtsneigung
 - Schlaganfall
 - Osteoporose***
 - Epilepsie
 - Diabetes
 - Grauer Star (Katarakt)
 - Tumorerkrankungen***
-

****Bei Osteoporose und bei Tumoren mit Knochenmetastasen werden ggf. Medikamente verschrieben, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen, sogenannte Bisphosphonate.***

Bitte geben Sie unbedingt an, ob eine solche Erkrankung bei Ihnen vorliegt und ob Sie ggf. ein solches Medikament einnehmen.

Bisphosphonate erhöhen das Risiko bei knochenchirurgischen Eingriffen (wie z.B. Zahnextraktionen).

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?
(Bitte unbedingt den Präparatenamen angeben!)**

- Herzmedikamente
- Kreislaufmedikamente
- Blut verdünnende Medikamente
- Antidiuretika
- Cortison
- Schmerzmittel
- Antibiotika
- Psychopharmaka
- Bisphosphonate***
- Sonstige

Spezielle Gesundheitsangaben/Angaben zur Mundgesundheitsituation:

- Sind Sie mit der Stellung, der Form und der Farbe Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- Leiden Sie unter unklaren Kopf-, Nacken- oder Kiefergelenksschmerzen? Ja Nein
- Haben Sie Zahnfleischprobleme? Ja Nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Geschmack im Mund? Ja Nein
- Haben Sie schon einmal eine Professionelle Zahnreinigung machen lassen? Ja Nein
- Benutzen Sie Zahnseide und/oder Interdentalbürsten? Ja Nein
- Welche Zahnbürste verwenden Sie? manuell elektrisch

Mein letzter Zahnarztbesuch war:

Meine letzte Röntgenuntersuchung war:

In welchem Bereich würde geröntgt?

Wünschen Sie eine gezielte Beratung? Wenn ja, worüber:

Bitte bestätigen Sie durch Anklicken die Richtigkeit der Angaben!

- Meine Angaben im Erhebungsbogen sind vollständig und korrekt.

, den
(Ort) (Datum)