

## Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon privat oder mobil

E-Mail

Beruf / Arbeitgeber

Krankenkasse

## Hausarzt

Name

Telefonnummer

Straße, Nr.

PLZ, Ort

## Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen

## Besuchsgrund

- |                          |                  |                          |                   |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> | Schmerzbehandlung |
| <input type="checkbox"/> | Amalgamsanierung | <input type="checkbox"/> | Implantat         |
| <input type="checkbox"/> | Beratung         | <input type="checkbox"/> | Zweitmeinung      |
| <input type="checkbox"/> | neuer Zahnersatz |                          |                   |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges: _____ |                          |                   |

## JA NEIN akute Schmerzen

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dauerschmerz  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reaktion auf süß / sauer                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Temperaturempfindlichkeit                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzen beim Kauen / bei Belastung / ohne Belastung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzen im Kiefer / Kiefergelenk                    |

## Herz-/Kreislaufkrankungen

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hoher / niedriger Blutdruck (nichtzutreffendes bitte streichen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzklappenfehler   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzklappenersatz   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzschrittmacher   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Endokarditis  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzoperationen   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina Pectoris   |

## infektiöse Erkrankungen

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV (Aids)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis: A B C (nichtzutreffendes bitte streichen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose  |

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten

- |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lokalanesthäsie / Spritzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzmittel              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medikamente: _____         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metalle: _____             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstige: _____            |

## JA NEIN sonstige Leiden

- |                          |                          |                                |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden (Epilepsie)      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma / Lungenerkrankungen    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zahnfleischbluten              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grüner Star                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüse                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leber                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Niere                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Trakt               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gelenke (Rheuma)               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ohrensausen / Tinnitus         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wirbelsäule                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sonstige Erkrankungen: _____   |

## Medikamenteneinnahme

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | blutverdünnende Medikamente (Marcumar, ASS)              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bisphosphonate, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzmittel  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antidepressiva   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzmedikamente  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cortison   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstige: _____  |

## Besteht eine Schwangerschaft?

- |                          |                          |                               |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welcher Monat? _____ |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|

## Wurden zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?

- |                          |                          |                      |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, wann? _____ |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|

## zusätzliche Angaben

- |                          |                          |                             |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zähneknirschen              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | starke psychische Belastung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zigarettenkonsum            |

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | von Bekannten empfohlen    |
| <input type="checkbox"/> | Telefon- bzw. Branchenbuch |
| <input type="checkbox"/> | über das Internet: _____   |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges: _____           |

## WIE Möchten Sie an die halbjährige Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | per Postkarte |
| <input type="checkbox"/> | per E-Mail    |

Termine die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können ( Tel. 0711 472928 ). Mir ist bekannt, dass ich als Privatpatient in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Verzögerung zu begleichen. Ohne Belang ist, inwieweit sich dritte (z.B. Beihilfestellen) an diesen Kosten beteiligen. Dentokino ist eine Bestellpraxis

Datum

Unterschrift