



PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrte/r Patient/in,

zur Vereinfachung der notwendigen Büroarbeiten Ihrer Behandlung bitte ich Sie, das nachstehende Formular auszufüllen und am Empfang abzugeben.

PATIENT	HAUPTVERSICHERTER
NAME	NAME
VORNAME	VORNAME
GEBURTSDATUM	GEBURTSDATUM
STRASSE	STRASSE
WOHNORT	WOHNORT
TELEFON/HANDY	TELEFON/HANDY
E-MAIL	E-MAIL
BERUF	BERUF
KRANKENKASSE	KRANKENKASSE

Ihre E-Mail-Adresse oder Handynummer möchten wir zukünftig für unseren Service nutzen, um Sie an bestehende OP-Termine zu erinnern sowie für den Recall unserer Implantat- und Tumorpatienten.

Sind Sie damit einverstanden?

JA NEIN

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

EMPFEHLUNG GOOGLE TELEFONBUCH SOCIALMEDIA
 JAMEDA FACEBOOK SONSTIGES _____

BEFRAGUNG GEMÄSS §29 DER RÖNTGENVERORDNUNG

Wurden bei Ihnen in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen im Zahn-Mund-Kieferbereich angefertigt?

JA NEIN

Zahnfilm:

JA NEIN

Panoramaaufnahme:

JA NEIN

SONSTIGE: _____

Wer ist Ihr Zahnarzt bzw. Überweiser? _____

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?

JA NEIN UNGEWISS

KRANKENGESCHICHTE IN STICHWORTEN (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN BZW. AUSFÜLLEN)

1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?

JA NEIN

2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck, Schwindel, Ohnmacht?

JA NEIN



3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? JA NEIN
- Angeborene oder erworbene Herzfehler: JA NEIN
 - Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen: JA NEIN
 - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung): JA NEIN
 - Herzoperationen: JA NEIN
- SONSTIGE: _____
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? JA NEIN

4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?
- Zuckerkrankheit (Diabetes): JA NEIN
 - Erkrankung des Blutes (z. B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen): JA NEIN
 - Allergien (z. B. Heuschnupfen): JA NEIN
 - Schilddrüsenerkrankung: JA NEIN
 - Asthma/Lungenerkrankung: JA NEIN
 - Lebererkrankung/Gelbsucht: JA NEIN
 - Rheuma/rheumatisches Fieber: JA NEIN
 - Nierenerkrankung/Dialyse: JA NEIN
 - Anfallsleiden, Krampfanfälle (Epilepsie): JA NEIN
 - Magen-Darmerkrankung: JA NEIN
 - Immunschwäche (AIDS): JA NEIN
 - Behandlung mit Bisphosphonaten: JA NEIN

5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen
(z. B. Marcumar, Plavix, Eliquis, Clopidogrel)? JA NEIN

6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
 JA NEIN FALLS JA, WELCHE? _____

7. Bestehen zurzeit sonstige Erkrankungen?
 JA NEIN FALLS JA, WELCHE? _____

8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

9. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? JA NEIN

10. Rauchen Sie? JA NEIN

11. Nehmen oder nahmen Sie Drogen? (Cannabis, LSD, Kokain oder andere?) JA NEIN

12. Dürfen wir Ihnen zu Ihren Terminen eine Erinnerungs-SMS bzw.
Terminbestätigung schicken? JA NEIN

Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

DATUM

UNTERSCHRIFT
ggf. gesetzlicher Vertreter