

Zahnärzte am Stadtpark OHZ

Susanne Hartkens-Jensch und Dr. Claudia Langmack

Bahnhofstr. 1
27711 Osterholz-Scharmbeck

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? Ja Nein

Haben Sie einen Pflegegrad? Ja Nein Wenn ja, welchen? _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Telefon Arbeit: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten/ Versicherten/ Betreuer? _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?	_____
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Allergien	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche?	_____
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (ggf. Kopie der Medikamentenliste)	_____
Marcumar / Gerinnungshemmer	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Blutungsneigung / Bluterkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Rheuma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Diabetes	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, bei welchen?	_____
Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Magen- / Darmerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?	_____
Lungenerkrankung / Asthma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, in welchem Monat?	_____
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		

Grund Ihres Besuches

Kontrolluntersuchung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zahnschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kiefergelenkbeschwerden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Knirschen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Mundgeruch	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges		

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Starke Schmerzempfindlichkeit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Starker Würgereiz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?		

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bleaching	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zahnästhetik / Kosmetik	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zahnfarbene Kunststofffüllungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Amalgamsanierung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ernährungsfragen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Implantatberatung und -versorgung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges		

Terminerinnerung

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Möchten Sie an Ihre nächste Professionelle Zahnreinigung erinnert werden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

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.

Wir benötigen Ihre Elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum _____ Unterschrift _____