

Patientenbogen Erwachsene

Herzlich willkommen

in der Gemeinschaftspraxis für allgemeine Zahnmedizin und Kieferorthopädie Dr. Nadja Ott & Dr. Alexander Ott.
Für die Wahrnehmung unserer ärztlichen Sorgfaltspflicht bitten wir Sie um die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns absolut vertraulich behandelt.

Familienname: _____ Vorname: _____ Ggf. Titel: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Tel. privat: _____ Mobil: _____

Tel. gesch.: _____ E-Mail: _____

Ggf. gesetzlicher Vertreter/Korrespondenzadresse: _____

Ggf. empfohlen/überwiesen durch: _____

Name und Adresse des Hausarztes: _____

Kostenträger: Patient (Selbstzahler) SUVA (Unfall)
 IV/SVA Sozialamt Ort:

Was ist der Hauptgrund Ihres Besuches?

Allgemeine Gesundheitsfragen:

1. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, weswegen?.....
2. Waren Sie in den letzten zwei Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung oder Operation?
3. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?.....
4. Besitzen Sie einen Endokarditis- oder einen Allergiepass? ja nein
5. Reagieren Sie ungewöhnlich auf Spritzen? ja nein
6. Haben oder hatten Sie (bitte ankreuzen):

Allergien - Wenn ja, welche? (z. B.: Penicillin, Latex)
.....

- Atemprobleme/Asthma
- Herzerkrankungen/Herzfehler
- Hoher oder niedriger Blutdruck
- Blutungsneigung, Blutgerinnungsstörung
- Kieferhöhlenentzündung
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Schilddrüsenerkrankung
- Magen-Darm-Probleme
- epileptische Anfälle
- HIV-Infektion, AIDS
- Hepatitis (Gelbsucht)

7. Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?.....

8. Rauchen Sie regelmässig? ja nein

9. Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Gesichtsbereich geröntgt? ja nein

Hinweis: Unsere modernen digitalen Geräte sind möglichst strahlungsarm.

10. **Bei Frauen:** Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Bemerken Sie Zahnfleischbluten?
 Haben Sie häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?

Welche?.....

- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?

Wünschen Sie eine Beratung über:

- Zahnimplantate (künstliche Zahnwurzeln)?
 Zahnersatz aus Vollkeramik / Biokompatibler Zahnersatz?
 Keramische Verblendschalen für die Frontzähne (Veneers)?
 Zahnfarbene Keramikfüllungen (Cerec)?
 Kariesvermeidung (Putztechniken, Hilfsmittel)?
 Belastungsfreie Amalgamsanierung / Amalgamausleitung?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nur im Rahmen der Rechnungsstellung werden abrechnungsspezifische Daten zur Geltendmachung unserer Honorarforderungen an die für uns hierfür beauftragten Institutionen weitergegeben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Veränderungen meines Gesundheitszustandes oder der Medikamenteneinnahme teile ich vor jeder Behandlung mit. Mir ist bekannt, dass ich nach einem operativen Eingriff kein Fahrzeug führen darf.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient
(Ggf. Unterschrift. des gesetzlichen Vertreters)

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.
Besuchen Sie uns im Internet unter www.praxisott.ch