

Sonstige Informationen:

In Bezug auf meine Zähne ist mir besonders wichtig:

In Bezug auf meine Praxisbesuche ist mir besonders wichtig:

Ich bin zufrieden mit meiner Zahnfarbe:

Ich bin zufrieden mit meiner Zahnstellung:

DENTEINS kenne ich (durch Empfehlung von, aus dem Internet, ...)

FOR KIDS ONLY:

Ich nehme Fluoride:

Ich trage eine Zahnspange:

Ich benutze folgende Zahnpasta:

Informationen zu unserer Bestellpraxis:

Unser Ziel ist es, Ihnen eine umfassende und individuelle Beratung und Behandlung ohne lange Wartezeiten zu bieten. Daher arbeitet DENTEINS als sogenannte Bestellpraxis. Das bedeutet, dass wir Termine mit einem zeitlichen Vorlauf planen und die Dauer der Behandlung individuell abschätzen.

Sollten Sie trotzdem einmal warten müssen, bitten wir um Verständnis, denn selbst bei genauester Planung können Notfälle auftreten oder sich die Dauer einer Behandlung unvorhergesehen verlängern.

Wir bitten Sie daher, die vereinbarten Termine unbedingt einzuhalten oder uns spätestens 24 Stunden vorher telefonisch abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich der von Ihnen getroffenen Angaben umgehend mit.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Troisdorf, den

Unterschrift:

Patient/in
(bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

Liebe Patientinnen und Patienten,

Ihre Besuche bei uns sollen so angenehm wie möglich sein. Wir haben den Anspruch, Sie bei uns zahnmedizinisch optimal und individuell zu beraten und zu behandeln.

Dazu benötigen wir von Ihnen möglichst genaue Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand sowie die eventuelle regelmäßige Einnahme von Medikamenten. Auf den nachfolgenden Seiten haben wir für Sie die für uns wichtigen Informationen bereits in Form eines Fragebogens zusammengefasst.

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen uns ausschließlich zur Verbesserung Ihrer individuellen Behandlung in unserer Praxis. Die gemachten Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben – das ist selbstverständlich!

Haben Sie Fragen? Unsere Kolleginnen an der Rezeption sind Ihnen gerne behilflich und stehen Ihnen diskret beim Ausfüllen des Fragebogens zur Seite.

Vielen Dank!

Ihre persönlichen Angaben:

Frau Herr

Vorname:

Nachname:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Ihr Hausarzt/ Spezialist:

Name:

Ort:

Ihre Krankenversicherung:

Name:

Ort:

Privatpatient Basisvertrag:

Privatpatient Standard:

Private Zusatzversicherung:

Wenn Sie nicht selbst Krankensicherungsmitglied sind, wer ist versichert?

Vorname:

Geburtsdatum:

Nachname:

Ihre Kontaktinformationen:

Ich möchte von DENTEINS wie folgt kontaktiert werden:

per Telefon:

 -

per Telefon mobil:

 -

E-Mail:

 @ .

Möchten Sie am Recall teilnehmen?

ja nein

Dürfen wir Sie am Vortag per SMS an Ihren Termin erinnern?

ja nein

Bitte machen Sie mindestens eine Angabe, damit wir Sie über Terminverschiebungen, Öffnungszeiten und wichtige Neuigkeiten bei DENTEINS informieren können. Sie können Ihre Angaben zu jedem Zeitpunkt ändern oder widerrufen. Geben Sie einfach unseren Kolleginnen an der Rezeption einen entsprechenden Hinweis.

Bitte machen Sie alle Angaben möglichst genau und ergänzen Sie diese gegebenenfalls unter »Andere wichtige Informationen«.

Zutreffende Erkrankungen bitte ankreuzen:

Herz: nein
 ja

Herzinfarkt: wann:

Angina Pectoris:

Herzfehler:

Herzinsuffizienz,
Herzschwäche, Atemnot
bei Anstrengung:

Herzmuskelerkrankung:

Herzklappen-
Entzündung/-fehler:

Herzklappenersatz:

Schrittmacher/
implementierter
Defibrillator:

Andere wichtige
Informationen:

**Lunge/
Atemwege:** nein
 ja

Asthma bronchiale:

Allergisches Asthma:

Tuberkulose:

Chronische Bronchitis,
COPD:

Schlafapnoe:

Andere wichtige
Informationen:

Andere wichtige
Informationen:

**Allergie/ Über-
empfindlichkeit:** nein
 ja

Medikamente:

Latex:

Metalle:

Andere:

Allergiepass vorhanden:

Stoffwechsel: nein
 ja

Zuckerkrankheit,
Diabetes mellitus:

Insulin-pflichtig:

Medikamente oral:

Diat:

Schilddrüsen-
überfunktion:

Schilddrüsen-
unterfunktion:

Andere wichtige
Informationen:

Kreislauf/ Gefäße: nein
 ja

Hoher Blutdruck/
Hypertonie: Wert:

Angina Pectoris:

Niedriger Blutdruck/
Hypotonie: Wert:

Ohnmachtsanfälle,
Kollaps:

Schlaganfall: wann:

Andere wichtige
Informationen:

Augen: nein
 ja

Glaukom/
Grüner Star:

Andere wichtige
Informationen:

Niere: nein
 ja

Nierenentzündung/
Niereninsuffizienz:

Dialyse: MO DI MI DO FR

Andere wichtige
Informationen:

Blut: nein
 ja

Gerinnungsstörungen:

Blaue Flecken,
Nasenbluten:

Nachblutungen nach
Operationen:

Andere wichtige
Informationen:

Infektionen: nein
 ja

HIV Infektion:

Apten:

Herpes labiales:

Herpes Zoster,
Gürtelrose:

Andere wichtige
Informationen:

Skelettsystem: nein
 ja

Kiefergelenk/Nacken:

Gelenkerkrankungen
allgemein:

Rückenschmerzen:

Osteoporose:

Andere wichtige
Informationen:

Leber: nein
 ja

Gelbsucht (Hepatitis): B C --

Leberfunktionsstörung:

Andere wichtige
Informationen:

Nerven und Gemüt: nein
 ja

Krampfanfälle
(z.B. Epilepsie):

Lähmungen:

Morbus Parkinson:

Depressionen:

Demenz:

Angstzustände:

Zahnarztangst:

Andere wichtige
Informationen:

Andere Erkrankungen/Besonderheiten: nein
 ja

Tumorerkrankungen:

Rheumat. Erkrankungen:

Transplantationen:

Probleme mit Vollnarkose:

Andere wichtige
Informationen:

Schwangerschaft: nein
 ja

Welche Woche?

**Regelmäßig
eingenommene
Medikamente:** nein
 ja

Blutdruckmittel:

Herzmedikamente:

Schmerzmittel:

»Anti-Baby-Pille«:

Psychopharmaka:

Antidiabetika:

Homöopathische
Medikamente:

Lungenmedikamente:

Bisphosphonate oral: wie oft?

Bisphosphonate i.v.: wie oft?

Weitere Medikamente:
(bitte geben Sie alle Medikamente an)

**Blutgerinnungs-
hemmende
Medikamente:** nein
 ja
(dauerhaft oder in
den letzten Tagen)

Aspirin/ASS:

Clopidrogrel:

Marcumar:

Plavix:

Brillique:

Andere:

Rauchen: nein
 ja

Durchschnittliche Anzahl
pro Tag:

Drogen: nein
 ja

Welche:

Sind Sie alkoholisiert? nein
 ja