



Patientenbogen

Herzlich willkommen in der Praxis für Zahnmedizin Amini & Lee! Wir möchten uns gerne für Sie Zeit nehmen und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien, Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Straße, Hausnr.: _____ Geburtsort: _____
PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____
Telefon: _____ Mobil: _____

Wenn Sie nicht selbst Versicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?

(Zahlungspflichtige/r, bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____
Name des Kostenträgers/
der Krankenkasse: _____ Mobil: _____

Beruf

Schüler/Student

Berufsbezeichnung: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Recall - Erinnerung an Ihren Vorsorgetermin

Möchten Sie durch unseren „Recall-Service“ an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Ja, per Brief Ja, per E-Mail Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Arzt / Zahnarzt: _____
Name Name
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Gelbe Seiten zus. informiert auf www.amini-lee.de
Internet: Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
 Sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift

Bitte wenden!

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen:

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzasthma, Angina pectoris | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzschrittmacher/Herzklappe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie einen Herzpass? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzinfarkt, wann? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie hierfür Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |

Stoffwechselerkrankungen:

- | | Ja | Nein |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie hierfür Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |

Bluterkrankungen:

- | | Ja | Nein |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Blutungsneigungen (Hämophilie) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutarmut (Anämie) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie hierfür Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |

Kreislaufferkrankungen:

- | | Ja | Nein |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| zu hoher Blutdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| zu niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie hierfür Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |

Schlafverhalten:

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Wachen Sie morgens mit Kopfschmerzen auf? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fühlen Sie sich morgens oft müde oder schlapp? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lässt Ihre Konzentrationsfähigkeit tagsüber nach? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind bei Ihnen nachts Atemaussetzer beobachtet worden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sonstige Erkrankungen: _____

Allergien:

- | | Ja | Nein |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ekzeme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Überempfindlichkeit gegen Antibiotika | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besitzen Sie einen Allergiepass? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Überempfindlichkeit gegen _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie hierfür Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |

Erkrankungen des Nervensystems:

- | | Ja | Nein |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| epileptiforme Anfälle/Krämpfe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie hierfür Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |

Immunsystem:

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Leiden Sie unter Erkrankungen d. Immunsystems? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja welche? _____ | | |
| Nehmen Sie hierfür Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |

Infektionskrankheiten:

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| chronische Erkrankungen der Atemwege | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AIDS, HIV | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie hierfür Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |

Weitere Angaben:

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Sind oder waren Sie drogenabhängig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Sie frisch operiert worden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____ | | |
| Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Sie schwanger? (Welcher Monat?) _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Welche Mittel zur Zahnreinigung benutzen Sie?
_____ | | |

Datum

Unterschrift