

Befundbogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bevor wir uns in Ruhe über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir außer Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben benötigen wir für eine umfassende Diagnose und sie dienen als Grundvoraussetzung einer wirkungsvollen und risikofreien Therapie. Wir behandeln alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht entsprechend vertraulich. Ihre Angaben sind freiwillig.

Patient				geb.
	Name	Vorname		
				Telefon privat
				Mobil-Tel.-Nr.
	Arbeitgeber	Beruf	Tel. geschäftlich	E-Mail
Versicherter				geb.
	Name	Vorname		
				Telefon privat
				Mobil-Tel.-Nr.
Krankenkasse				
	<input type="checkbox"/> gesetzlich*	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
	<input type="checkbox"/> zusatzversichert, wenn ja, welche Vers.?			

* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | |
|--|--|
| a) <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | |

wenn ja, seit wann?

- b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

nein

wenn ja, welche?

- c) Herzinfarkt
Nehmen Sie Marcumar?
 Schlaganfall
 Lähmungen

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

ggf. wann?

- d) Blutdruck

- | |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedrig |
| <input type="checkbox"/> normal |
| <input type="checkbox"/> hoch |

ggf. Werte?

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

wenn ja, welche?

bitte beachten Sie die Rückseite

Befundbogen

4. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wieviele Woche?	<input type="checkbox"/>
5. Tragen Sie Zahnersatz? (Kronen, Brücken, Prothesen)	<input type="checkbox"/>			
Wie alt ist dieser Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>			
6. Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?	
			ungefähr? <input type="checkbox"/>	
7. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Leiden Sie an Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie morgens Kiefergelenksschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Leiden Sie häufig an Herpes oder Aphthen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
8. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wieviel täglich?	<input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie: Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Ihre Fahrtüchtigkeit für 3-4 Stunden verloren geht und für 24 Stunden eingeschränkt ist. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Der Grund Ihres Besuches ist: Schmerzen Beratung und Therapieplanung zur Kontrolle

Nun noch einige Fragen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit

Haben Sie viel Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung? ja nein viel 5 bis wenig 1

Möchten Sie über moderne und schonende Behandlungsmethoden informiert werden? ja nein

Haben Sie Interesse an einem Prophylaxeprogramm, dass Sie vor Karies- und Zahnfleischerkrankungen schützt? ja nein

Interessieren Sie sich für kosmetische Maßnahmen, die die Ästhetik Ihrer Zähne hervorheben? ja nein

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein **Bitte legen Sie uns dies zu Ihrem 1. Termin vor.**

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Wie/durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Hausarzt _____

Recall/Nachsorge/Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch/per Fax oder per E-Mail an Vorsorgeuntersuchung und/oder Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum _____

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten _____

Einverständniserklärung

(Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.)

Hinweis zur Organisation:

Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Dadurch ersparen Sie sich lange Wartezeiten. Wir sind somit zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich! Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie vereinbaren. Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir darum, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine sind kostenpflichtig! (€ 250,00/Std.)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum _____

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten _____

Wir freuen uns über Ihren Besuch!

Ihr Praxisteam Dr. Langhans MSc.

Dr. Sabine Langhans, MSc

Zahnärztin