

# die zahnärzte

Dr. Schneider ■ Biesterfeldt & Kollegen

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

### Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

PLZ / Ort:

Name der Krankenkasse:

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Liegt ein Pflegegrad vor?

Telefon:

Fax:

Mobil:

Telefon Büro:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an:      Patient      Versicherten

Versicherter:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

PLZ / Ort:

### Möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert werden?

**Ja, per SMS    oder per E-Mail**

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.

Die Seiten 3 und 4 sind nur für die Anamnese von Ihrem Kind gedacht.

**Patient:**

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Hoher Blutdruck	ja	nein
Niedriger Blutdruck	ja	nein
Herzerkrankung	ja	nein
Stents	ja	nein
Herzschrittmacher	ja	nein
künstliche Herzklappe	ja	nein
Ohnmachtsneigung	ja	nein
Gerinnungshemmer	ja	nein
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja	nein
Rheuma	ja	nein
Diabetes	ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja	nein
Magen- / Darmerkrankung	ja	nein
Nierenerkrankung	ja	nein
Lungenerkrankung	ja	nein
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja	nein
Epilepsie	ja	nein
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja	nein
Wenn ja, welche?		
Allergien	ja	nein
Wenn ja, welche?		
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
Sind Sie Raucher?	ja	nein
Für weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja	nein
Wenn ja, in welchem Monat?		

### Sie sind uns wichtig Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja	nein
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja	nein
Starker Würgereiz	ja	nein
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?		

### Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja	nein
Weißer Zähne (Bleaching)	ja	nein
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja	nein
Amalgamsanierung	ja	nein
Implantate / Implantatversorgung	ja	nein
Sonstiges		

Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte einmal im Quartal, wenn Sie einen Termin bei uns hatten.  
Liegt sie uns bis Ende des laufenden Quartals nicht vor, erhalten Sie von uns eine Privatrechnung.

Ort, Datum und Unterschrift

**Patient:**

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

### Spezielle Anamnese Kind

Allergien?	ja	nein
Wenn ja, welche?		
Allergiepass	ja	nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	ja	nein
Wenn ja, welche und wogegen?		
Nimmt Ihr Kind Fluoride?	ja	nein
Wenn ja, welche?		

### Sonstige Erkrankungen Kind

Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung?	ja	nein
Bei wem?		
Warum?		
Herzerkrankung / Herzfehler	ja	nein
Diabetes	ja	nein
ADHS / ADS	ja	nein
Nierenerkrankung	ja	nein
Gelbsucht	ja	nein
Angstzustände	ja	nein
Lunge / Asthma	ja	nein
Blutgerinnungsstörung	ja	nein
Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen?	ja	nein
Wenn ja, welche?		

### Ernährung / Essgewohnheiten Kind

Überwiegend süß	ja	nein
Obst	ja	nein
Fast Food	ja	nein
Deftig	ja	nein
Isst wenig	ja	nein
Isst viel	ja	nein
Unkontrolliertes Essen	ja	nein
Fruchtsäfte	ja	nein
Limonaden	ja	nein
Mineralwasser	ja	nein
Tee gesüßt	ja	nein
Tee ungesüßt	ja	nein

Bitte weiter auf Seite 4

**Patient:**

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

### Zahnmedizinische Anamnese Kind

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?	ja	nein
Wenn ja, welche (z.B. Daumen)?		
Schnuller	ja	nein
Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?	ja	nein
Handzahnbürste	ja	nein
Elektrische Zahnbürste	ja	nein
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?		
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	ja	nein
Wenn ja, bei wem?		
Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?		

Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte einmal im Quartal, wenn Sie einen Termin bei uns hatten.  
Liegt sie uns bis Ende des laufenden Quartals nicht vor, erhalten Sie von uns eine Privatrechnung.

Ort, Datum und Unterschrift