



Jana Gitina



Zahnarztpraxis
Hohenlimburg

Jana Gitina

Zahnärztin

Möllerstraße 29 (Ärztehaus)

D-58119 Hagen-Hohenlimburg

Telefon: 02334/52290

Telefax: 02334/580565

praxis@zahnarztpraxis-hohenlimburg.de

www.zahnarztpraxis-hohenlimburg.de

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name/Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ/Ort

Telefon Handy

E-Mail Beruf

Krankenkasse/private Krankenversicherung

Gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname Geburtsdatum

Straße/Nr. PLZ/Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name Ort

Telefon

Hinweise zur Organisation

- Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 24 Stunden vorher Bescheid, andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.
- Ich wünsche einen „Recall“ und werde so in regelmäßigen Abständen an die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung erinnert. ja nein
- Ich bin damit einverstanden, dass in meinen alten Unterlagen (Kartei-Karten) Einsicht genommen werden kann. ja nein

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden kann. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon-/Branchenbuch Zeitungsanzeige Internet

Überweisung von Sonstiges

Bitte wenden!





Jana Gitina



Zahnarztpraxis
Hohenlimburg

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
 Beratung „zweite“ Meinung
 Schmerzbehandlung
 andere Gründe:
-

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
 Zähne reagieren auf süß/sauer
 manche Zähne sind temperaturempfindlich
 Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
 Zähne schmerzen auch ohne Belastung
 Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
 Kieferschmerzen/Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
 Leber ja nein
 Nieren ja nein
 Schilddrüse ja nein
 Magen-Darm-Traktes ja nein
 Gelenke (Rheuma) ja nein
 Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
 niedrigen Blutdruck ja nein
 Diabetes ja nein
 Ohrensausen/Tinnitus ja nein
 Zahnfleischbluten ja nein
 Epilepsie ja nein
 Grünen Star ja nein
 Tuberkulose ja nein
 Osteoporose ja nein
 HIV (Aids) ja nein
 Hepatitis ja nein
 Wenn ja, welcher Typ? A B C
 Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie:

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 Bisphosphate
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
 andere Medikamente:
-

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten
gegen Medikamente oder
Spritzen aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

Rauchen Sie? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?
 ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung
und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich
während der gesamten Behandlungszeit ergeben,
umgehend Mitteilung zu machen.

Datum

Unterschrift
