



	OPG	Dent Date	Endo	A	B	C	Ma	V	I/L1	PA	ZE
--	-----	--------------	------	---	---	---	----	---	------	----	----

Dr. Michael Aschenbrenner

Patientenr.

Implantologie - Parodontologie (zert.) - Prophylaxe - Ästhetik

13

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Telefax
E-Mail Adresse	Mobiltelefonnummer	
Beruf	Arbeitgeber	Telefon des Arbeitgebers
Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Telefax
	Pflichtmitgliedschaft <input type="checkbox"/>	Freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/>
Krankenkasse / Krankenversicherung	Versichertenstatus	
Durch wen wurden Sie empfohlen?	Name des Hausarztes	

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches?

Prophylaxe - ein Leben lang.

Für die Zahnerhaltung und Prophylaxe, d.h. Vorbeugung ist ein regelmäßiger Zahnarztbesuch wichtig. Im Rahmen unseres **Recall-Programms** haben Sie die Möglichkeit, dass wir Sie daran erinnern, dass Sie wieder einen Kontrolltermin vereinbaren sollten. Auch im Rahmen der Bonus-Regelung (**Bonusheft**) ist es für den Erhalt Ihres Bonus wichtig, dass Sie mindestens 1x jährlich zur Kontrolle kommen (Kinder ab 12 Jahre mindestens 2x jährlich).

Wie möchten Sie erinnert werden?

- telephonisch Postkarte E-Mail SMS kein Recall
- 1x jährlich 2x jährlich

Termine -Termine -Termine

Wir versuchen Sie möglichst termingerecht ohne lange Wartezeit zu behandeln. Dafür ist es aber wichtig, dass Sie Ihre vereinbarten Termine einhalten um eine Verschiebung der Behandlung der nachfolgenden Patienten zu verhindern. Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie, uns möglichst bald Bescheid zu geben. Im Rahmen unseres Terminkalenders versuchen wir so gut es geht auf Ihre Terminwünsche einzugehen.

Wenn Sie wollen, können Sie bevorzugte Wochentage und/oder Uhrzeiten angeben.



Zahnärztliche/Allgemeine Anamnese

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der **ärztlichen Schweigepflicht**. Bitte füllen Sie folgenden Abschnitt **sorgfältig** aus.

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Asthma | <input type="checkbox"/> |
| niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Atemnot bei Belastung | <input type="checkbox"/> |
| Herz-Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> | Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine künstliche Herzklappe? | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie an Epilepsie? | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | Rheuma | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie einen Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| AIDS | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> | Haben Sie oft Kopf- oder Nackenschmerzen? | <input type="checkbox"/> |
| erhöhte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Mundgeruch? | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | | |

Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Wünschen Sie eine Behandlung unter Schmerzausschaltung? Ja Nein

Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Sollten Sie noch Fragen zu einzelnen Punkten des Patientenbogens haben sprechen Sie bitte eine meiner Mitarbeiterinnen oder mich darauf an, wir helfen Ihnen gerne!

Neuffen, den _____

Datum

Unterschrift