

*Liebe Patientin, lieber Patient!*

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

*Ihr Praxis-Team Dr. Ruffer*

Patient	_____		
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherte Person (falls abweichend)	_____		
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	_____		
	Straße	PLZ	Ort
Telefon	_____		
	Privat	Geschäftlich	Mobil
E-Mail	_____		
	E-Mail-Adresse		
Beruf	_____		
	Berufsbezeichnung		
Name der Krankenkasse	_____	Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Krankenkasse		
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	_____	
		Name der Versicherung	
Wer ist Ihr Hausarzt / Hauszahnarzt?	_____		
Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n... ?	<input type="radio"/> Routinekontrolle <input type="radio"/> Amalgamsanierung <input type="radio"/> Faltenbehandlung (Botox / Filler) <input type="radio"/> Beratung <input type="radio"/> Andere Gründe: _____	<input type="radio"/> neuen Zahnersatz <input type="radio"/> „zweite Meinung“ <input type="radio"/> Schmerzbehandlung	
	<input type="radio"/> Überweisender Arzt / Zahnarzt: _____		
Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der / des... ?	<input type="radio"/> Herzens oder Kreislaufs <input type="radio"/> Leber (z.B. Gelbsucht) <input type="radio"/> Schilddrüse <input type="radio"/> Gelenke (Rheuma) <input type="radio"/> Wirbelsäule	<input type="radio"/> Lunge (z.B. Asthma, COPD) <input type="radio"/> Nieren <input type="radio"/> Magen-Darm-Traktes <input type="radio"/> Ohren (Ohrensausen / Tinnitus)	

**Bitte wenden >>**

Haben Sie... ?

<input type="radio"/> hohen Blutdruck	<input type="radio"/> niedrigen Blutdruck
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Epilepsie
<input type="radio"/> Grünen Star	<input type="radio"/> Tuberkulose
<input type="radio"/> HIV / Aids	<input type="radio"/> Hepatitis – wenn ja, welcher Typ: <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
<input type="radio"/> Allergien – wenn ja, welche: _____	<input type="radio"/> sonstige Krankheiten – wenn ja, welche: _____

Zu Ihrem Herzen:  
Haben / Hatten Sie... ?

<input type="radio"/> eine Herzklappenentzündung	<input type="radio"/> künstliche Herzklappen
<input type="radio"/> einen Herzschrittmacher	<input type="radio"/> einen Herzinfarkt
<input type="radio"/> Angina Pectoris	

Medikamente –  
nehmen Sie... ?

<input type="radio"/> Herzmedikamente	<input type="radio"/> Cortison (Kortikoide)
<input type="radio"/> Blutverdünner (z.B. Marcumar oder ASS)	<input type="radio"/> Schilddrüsenmedikamente
<input type="radio"/> Schmerzmittel	<input type="radio"/> Antidepressiva
<input type="radio"/> andere Medikamente – wenn ja, welche: (Name und Dosierung) _____	

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  
 Ja     Nein    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Für unsere  
Patientinnen

Sind Sie schwanger?  
 Ja     Nein    Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

Weitere Angaben

<input type="radio"/> Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel / Tag: _____
<input type="radio"/> Besteht Zahnfleischrückgang?	<input type="radio"/> Haben Sie schlechten Geschmack im Mund?
<input type="radio"/> Haben Sie Schmerzen am Kopf / Nacken?	<input type="radio"/> Haben Sie Geräusche am Kiefergelenk?
<input type="radio"/> Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/> Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?

Sind Sie  
Angstpatient?  
 Ja     Nein

Fragen /Anmerkungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf  
uns aufmerksam  
geworden?

<input type="radio"/> Von Bekannten empfohlen	<input type="radio"/> Telefon- / Branchenbuch
<input type="radio"/> Anzeige (z.B. Zeitung oder Magazin)	<input type="radio"/> Anzeige im Internet
<input type="radio"/> Jameda Website	<input type="radio"/> Internetsuchmaschine (z.B. Google)
<input type="radio"/> Internetpräsenz (unsere Website)	<input type="radio"/> Außenwerbung (z.B. Plakat in der Stadt)
<input type="radio"/> Sonstiges: _____	

Recall-Einverständnis

Ich bin mit einer Erinnerung an den nächsten Vorsorgetermin einverstanden.  
Ja, per     Telefon     Post     Mail     Nein

Hinweise zur  
Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten weitergeben können. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne Absage, können wir für Sie aus organisatorischen Gründen keine festen Termine vergeben. Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB, § 287 ZPO berechnet werden. **Mir ist bekannt, dass ich nach einem operativen Eingriff kein Kraftfahrzeug führen darf.**

Rumeln, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit.