	Zahnarzt Olaf Oppermann Friedrich-Ebert-Str. 87 27570 Bremerhaven	<b>Formblatt</b>	<b>Seite</b> 1/3
	<b>Patientenbogen</b>		<b>Version:</b> 2015

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben. Bitte überprüfen Sie diese und teilen Sie uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon privat: \_\_\_\_\_  
 Telefon beruflich: \_\_\_\_\_  
 Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bei einer gesetzlichen Kasse bitte angeben:

- Pflichtversichert?  ja  nein  
 Freiwillig versichert?  ja  nein  
 Besteht eine private Zusatzversicherung?  ja  nein  
 Haben Sie die Kostenerstattung gewählt?  ja  nein

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

Rechnung an Patienten oder Versicherten:  Patient/in  Versicherte/n  
 Versicherte/r: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_


### Weitere Angaben

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

- telefonisch**  **per SMS**  **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.

	Zahnarzt Olaf Oppermann Friedrich-Ebert-Str. 87 27570 Bremerhaven	<b>Formblatt</b>	<b>Seite</b> 2/3
	<b>Patientenbogen</b>		<b>Version:</b> 2015

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

- Herzerkrankung  ja  nein
- Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen  ja  nein
- Hoher Blutdruck  ja  nein
- Niedriger Blutdruck  ja  nein
- Ohnmachtsneigung  ja  nein
- Marcumar / 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 / Asthma  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?

---

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?  ja  nein

Wenn ja, bei welchen?

---


Sind Sie Raucher/in?  ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?  1 – 5  5 – 10  10 – 20  über 20

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat?

\_\_\_\_\_

	Zahnarzt Olaf Oppermann Friedrich-Ebert-Str. 87 27570 Bremerhaven	<b>Formblatt</b>	<b>Seite</b> 3/3
	<b>Patientenbogen</b>		<b>Version:</b> 2015

### Grund Ihres Besuchs

- Kontrolluntersuchung  ja  nein
- Zahnschmerzen  ja  nein
- Zahnfleischbluten  ja  nein
- Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen  ja  nein
- Kiefergelenkbeschwerden  ja  nein
- Knirschen  ja  nein
- Mundgeruch  ja  nein
- Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?  ja  nein
- Sonstiges

### 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?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

### Beratungswunsch

- Professionelle Zahnreinigung  ja  nein
- Weißer Zähne (Bleaching)  ja  nein
- Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln  ja  nein
- Zahnfarbene Keramikfüllungen  ja  nein
- Kieferorthopädische Behandlung  ja  nein
- Austattung verträgl. Füllungsmaterialien  ja  nein
- Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung  ja  nein
- Ernährungsfragen  ja  nein
- Implantate / Implantatversorgung  ja  nein
- Sonstiges

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient, und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_