

die zahnärzte

kids+

Dr. Dortmund & Partner



www.dr-dortmann.de

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.

Kurfürstenstraße 86
56218 Mülheim-Kärlich
Fon 02630 9450-0
Fax 02630 9450-20
E-Mail info@dr-dortmann.de
Web www.dr-dortmann.de

- Implantologie
- Metallfreie Restaurationen
- Kinderzahnheilkunde
- Zahnumformung mit Veneers
- Professionelle Zahnreinigung
- Amalgamsanierung
- Bleaching

Wir sind für Sie da: Mo - Fr 7 - 19 Uhr & Sa 8:30 - 13 Uhr

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert: Ja Nein

Freiwillig versichert: Ja Nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung Ja Nein

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? Ja Nein

Telefon: _____

Telefax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Patient: _____

Erziehungsberechtigter/amtl. Betreuer/Vormund: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Wie möchten Sie an Ihren nächsten
Vorsorgetermin erinnert werden? telefonisch Postkarte gar nicht

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.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck



- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Marcumar / Gerinnungshemmer | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Magen- / Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Lungenerkrankung / Asthma | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

Wenn ja, welche?

- | | | | | |
|-----------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Allergien | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
|-----------|--------------------------|----|--------------------------|------|

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|

Wenn ja, bei welchen?

- | | | | | |
|-------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Sind Sie Raucher? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
|-------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|

Wenn ja, in welchem Monat?

- | | | | | |
|--------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Lippenherpes | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
|--------------|--------------------------|----|--------------------------|------|

Grund Ihres Besuchs

- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Kiefergelenkbeschwerden | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

Patient:

Zähneknirschen Ja Nein

Mundgeruch Ja Nein

Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? Ja Nein

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 empfohlen? Bekannte Internet Gelbe Seiten Zufall Sonstiges

Wenn durch einen Bekannten, nennen Sie uns bitte den Namen:

Ist Ihnen Homöopathie wichtig? Ja Nein

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung Ja Nein

Weißer Zähne (Bleaching) Ja Nein

Zahnästhetik / Kosmetik Ja Nein

Zahnfarbene Keramikfüllungen Ja Nein

Kieferorthopädische Behandlung Ja Nein

Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung Ja Nein

Ernährungsfragen Ja Nein

Laserbehandlung Ja Nein

Hypnosebehandlung Ja Nein

Implantate / Implantatversorgung Ja Nein

Sonstiges

Datum und Unterschrift
