

Liebe Patienten!

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen und hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Für einen reibungslosen Ablauf und eine sichere Behandlung sind jedoch noch einige Fragen zu beantworten. Wir bitten Sie, sich etwas Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Bei Fragen Ihrerseits, wenden Sie sich gerne an unsere Rezeption. Vielen Dank!

adentes MVZ
Alte Heerstraße 14
53757 Sankt Augustin
Deutschland

T +49 2241 397960
info@adentes.de
www.adentes.de
Mo.-Fr. 8-20h Sa. 10-16h

PATIENTENDATEN

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Berufsbezeichnung

Wer ist ihr Hausarzt?

Wer war ihr bisheriger
Zahnarzt?

VERSICHERTER

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Wie sind sie versichert?

Gesetzlich pflichtversichert

Gesetzlich freiwillig versichert

Privat versichert bei

Privat versichert mit Basistarif bei

ALLGEMEINE FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

HABEN SIE ALLERGIEN?

Ja _____ Nein _____

welche?

Ist ein Allergiepass vorhanden?

Ja _____ Nein _____

LEIDEN SIE AN HERZERKRANKUNGEN?

Ja _____ Nein _____

welche?

KÖRPERGRÖSSE

KÖRPERGEWICHT

LEIDEN SIE AN EINER DIESER ERKRANKUNGEN?

Hepatitis A	MRSA-Infektion
Hepatitis B	Creutzfeldt Jakob
Hepatitis C	Noro Virus
HIV	Mumps
Scharlach	Masern
Röteln	Sonstiges

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Ja _____ Nein _____

welche?

Bisphosphonate

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN:

- | | |
|------------------------|-----------------------------------|
| Asthma | Diabetes |
| Tuberkulose | Osteoporose |
| Blutungsneigung | Eingeschränkte Mundöffnung |
| Schilddrüsenerkrankung | Schmerzen im Gesicht / Ohrbereich |
| Angina pectoris | Knacken / Reiben im Kiefergelenk |
| Krebsleiden | Ohrgeräusche / Tinnitus |
| Erhöhter Blutdruck | Zähneknirschen / Zähnepressen |
| Ohnmachtsneigung | Häufige Kopfschmerzen / Migräne |
| Niedriger Blutdruck | Verspannung im Nacken / Schulter |
| Epilepsie | Mundgeruch |

SIND SIE SCHWANGER

Ja _____ Nein _____

Errechneter Geburtstermin:

WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE

IN UNSER VERSORGUNGSZENTRUM?

ICH MÖCHTE GERNE ÜBER FOLGENDE THEMEN AUFGEKLÄRT WERDEN:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| Zahnersatz | Professionelle Zahnreinigung |
| Implantate | Prophylaxe |
| Ästhetisch Versorgung | Bleaching |
| Endodontische Behandlung | Kieferorthopädische Behandlung |
| Parodontal Behandlung | Chirurgische Behandlung |

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

- | | |
|---|-----------|
| Empfehlung über Bekannte / Verwandte | Internet |
| Werbung (Anzeige, Fachzeitschrift etc.) | Sonstiges |

ALLGEMEINE AUFKLÄRUNG

Bitte beachten Sie, dass nach einer örtlichen Betäubung Ihre Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt ist. In den auf die Behandlung folgenden 2-3 Stunden sind Sie nur bedingt fahrtüchtig. Eine Absage von Terminen sollte spätestens 24 Stunden vorher erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Wenn es zur Verbesserung der Diagnose und Therapie förderlich ist, bin ich damit einverstanden, dass Behandlungunterlagen (wie z.B. Befunde oder Röntgenbilder) sowohl angefordert als auch versendet werden dürfen. Für diesen Zweck entbinde ich gleichzeitig das MVZ adentes von der Schweigepflicht.

FOTOAUFNAHMEN

Verwendungszweck
Die Aufnahmen werden ausschließlich nur zur Qualitätssicherung, für interne Besprechungen, im Bedarfsfall (Zahnersatz) für Adentes Labor GmbH, und für die komplette Diagnostik verwendet.

Erklärung

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis mit der Verwendung der fotografischen Aufnahmen seiner Person für die oben genannten Zwecke.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit zu widerrufen.

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

ORT

DATUM

UNTERSCHRIFT

SENDEN