

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
Anschrift
Telefon
E-Mail
Berufsbezeichnung
Wer ist ihr Hausarzt?
Wer war ihr bisheriger
Zahnarzt?

VERSICHERTER

Vorname
Nachname
Geburtsdatum
Anschrift
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

WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE
IN UNSER VERSORGUNGSZENTRUM?

Errechneter Geburtstermin: _____

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 Behandlungsunterlagen (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.

DIE FOTOAUFNAHMEN DIENEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Verwendungszweck

Die Aufnahmen werden ausschließlich nur für interne Besprechungen, Fortbildungen und für die komplette Diagnostik verwendet.

Erklärung

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis mit der Verwendung der fotografischen Aufnahmen seiner Person für die oben beschriebenen Zwecke. Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke oder eine Überlassung der Aufnahmen an Dritte ist nicht zulässig.

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

ORT / DATUM / UNTERSCHRIFT