

Patientenbogen

Patientin/Patient

Familienname:

Vorname: geb.:

Straße: PLZ/Ort:

Telefon: mobil:

E-Mail:

Beruf:

mitversichert bei (Ehegatten oder Eltern)

Familienname:

Vorname: geb.:

Straße: PLZ/Ort:

Krankenkasse:

Im Interesse einer optimalen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Waren Sie bereits Patient bei Frau Dr. S. Rinninger? ja nein
2. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?
 - Asthma
 - Allergische Reaktionen/Medikamentenüberempfindlichkeit, wenn ja, welche?
.....
 - Herzerkrankung/Herzschwäche (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
.....
 - Besitzen Sie einen Herzpass?
 - Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall, Epilepsie
.....
 - hoher Blutdruck niedriger Blutdruck
 - Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
 - Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Magen-Darm-Erkrankung)
.....
 - Grüner Star
 - Rheuma
 - Osteoporose
 - Gelbsucht, Hepatitis Typ:....
 - Tuberkulose

Bitte wenden!

- Nierenerkrankungen
- AIDS
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)

3. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss
4. Muskelverspannung im Gesichtsbereich oder Kiefergelenksbeschwerden ja nein
5. Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein
6. Bestehen zurzeit andere Erkrankungen, welche?

.....

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (insbesondere Blutverdünnungsmittel, Bisphosphonate), welche?

.....

.....

8. Pflegegrad 1 2 3 4 5
9. Tragen Sie einen festen oder herausnehmbaren Zahnersatz? Haben Sie Implantate? Seit wann?.....

10. Haben Sie besondere Wünsche oder Fragen (z. B. Zahnerhalt, Zahnersatz, Zahnfleischbehandlung, Mundgeruch, Zahnimplantate, Prophylaxe, Bleaching):

.....

11. Ihr Hausarzt:

.....

12. Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

.....

13. Rechnung per Email, bei Zahlung vor Ort ja

Ich habe die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ gelesen, zur Kenntnis genommen und erhalten.

Termine, die nicht 24 h vorher abgesagt wurden, werden in Rechnung gestellt!

Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werde ich der behandelnden Zahnärztin unverzüglich mitteilen.

Datum: Unterschrift: