

Patientenformular

Dr. Stephan Meurer und Dr. Panagiotis Palazis
Zahnärzte



Blumenstr. 28 • Schadow Arkaden • 40212 Düsseldorf
Mo-Do: 8-21 • Fr: 8-19 • Sa: nach Vereinbarung
Tel: 0211/32 68-79 • Fax: 0211/32 68-75
info@meurer-palazis.de • www.meurer-palazis.de

Sehr geehrte Patienten,

wir begrüßen Sie bei Meurer Palazis Zahnheilkunde. Um eine nach Ihren Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung planen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihren Personalien, Ihrem Versicherungsstatus und Ihrer Gesundheitssituation. Teilen Sie uns auch zukünftige Änderungen mit. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz. Sollten sich beim Ausfüllen Unklarheiten ergeben, fragen Sie uns.

Personalien

Patient, Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter, Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift, Straße, Nr. _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon _____

Anschrift, Arbeitgeber _____

Krankenkasse/-versicherung

Name des Kostenträgers _____

gesetzlich versichert freiwillig versichert zusatzversichert privat versichert nach Basistarif

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

empfohlen von wem? _____ warum? _____

Webseite, Internet Zeitung Telefonbuch Vorträge

Gesundheitsfragebogen

Allgemeine Situation

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Herz-, Kreislauf-, Gefäßkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Bluterkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Lebererkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Knochen oder Gelenkerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Atemnot oder Brustschmerzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Grüner Star (Glaukom) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Allergie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 11. Aktuelle Einnahme von Medikamenten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 12. Einnahme von Medikamenten gegen Knochenstoffwechselstörungen (Biphosphonate) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Überempfindlichkeit auf bestimmte Substanzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 14. Lagen bei Ihnen kürzlich gesundheitliche Belastungen vor oder befanden Sie sich in ärztlicher Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Kam es bei ärztlichen Behandlungen jemals zu Komplikationen/Problemen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Sind Sie vor Zahnarztbesuchen generell nervös? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja – hat dies Gründe, über die Sie mit uns sprechen wollen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Patientinnen: Sind Sie schwanger? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Tuberkulose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Hepatitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. HIV-positiv oder AIDS | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zahn- und Mundsituation

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 22. Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Empfindliche Zähne (heiß/kalt/süß/sauer) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Existieren Zahn-Röntgenbilder? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welchen Datums? _____ | | |
| 25. Professionelle Zahnreinigung wurde gemacht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, wann zuletzt? _____ | | |

Funktionssituation

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 26. Ich knirsche und meine Kiefergelenke knacken | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Ich leide an wiederkehrenden Kopfschmerzen oder Migräne (im Nacken, frontal oder seitlich?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Ich habe häufig Beschwerden beim Kauen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Ich stelle Zahnstellungsveränderungen fest | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Ich habe Zahnersatz (Kronen, Brücken, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Ich habe Kaumuskelaturschmerzen bei Belastung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Ich kaue meist auf einer Seite | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. Ich habe Schmerzen und Geräusche im Ohrbereich, Tinnitus oder Schwindel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Ich habe Nacken-, Schulter- oder Rückenbeschwerden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Ich war wegen dieser Beschwerden beim Arzt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. Ich hatte kieferorthopädische Behandlung (festsitzend/lose) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. Ich trage Schuheinlagen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. Meine Weisheitszähne sind entfernt worden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wichtige Informationen

Lokale Betäubungen, Beruhigungs- und Schmerztabletten können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Wir raten daher, von einer Teilnahme am Straßenverkehr für mindestens 3 Stunden abzusehen.

Sollten Sie einen reservierten Termin nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, rechtzeitig 48 Stunden vorher abzusagen. Damit helfen Sie uns, Ausfallzeiten zu vermeiden.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen auf diesem Formular gelesen, verstanden und alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Ich nehme ebenfalls zustimmend zur Kenntnis, dass meine persönliche Daten gespeichert werden (Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz).

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____