DR. HENRIK MÖMKEN &
IVONNE REDELBERGER

Tel.:
Fax:
E-Mail:

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

© Copyright 2021 Computer Forum GmbH. Alle Rechte vorbehalten.

V 185.0

Patient: Titel: ◯ weibl. ◯ männl. ◯ unbestimmt

Name: Vorname: Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.: PLZ: Wohnort: Geburtsort:

Tel.(Festnetz): Handy-Nr.: E-Mail:

Beruf: Tel. dienstl.: Arbeitgeber:

Ich möchte künftig per SMS an meinen Termin erinnert werden (keine Gebühr, die Daten werden nicht übermittelt!) Ja ◯ Nein ◯

Krankenkasse / Versicherung:

Nur für Privatpatienten:

☐ Privat versichert - **nicht** im Basistarif

☐ Privat versichert - im Basistarif (Erstattung nur 2,0facher Faktor)

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Meine Versicherung erstattet nach der Selbstkostenliste

Hausarzt - Name: Adresse: Telefon:

Hauptversicherter:

Name: Vorname: Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.: PLZ: Wohnort:

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Weiter

Datum Erziehungsberechtigter

DR. HENRIK MÖMKEN & IVONNE REDELBERGER

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	☐ Ja ☐ Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	☐ Ja ☐ Nein	
Herzpass	☐ Ja ☐ Nein	
Frühere Herzmuskelentzündung	☐ Ja ☐ Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	☐ Ja ☐ Nein	
Herzerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	
Herzoperation	☐ Ja ☐ Nein	
Herzschrittmacher	☐ Ja ☐ Nein	
Infektionserkrankungen:		
HIV	☐ Ja ☐ Nein	
Hepatitis	☐ Ja ☐ Nein	
Tuberkulose	☐ Ja ☐ Nein	
andere:		
Allergien / Unverträglichkeiten:		
Lokalanästhetika	☐ Ja ☐ Nein	
Schmerzmittel	☐ Ja ☐ Nein	
Antibiotika	☐ Ja ☐ Nein	
andere:		

Zurück

Weiter

DR. HENRIK MÖMKEN & IVONNE REDELBERGER

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	☐	Ja	☐	Nein	
Frühere Krebserkrankung/ Bisphosphonattherapie	☐	Ja	☐	Nein	
Asthma	☐	Ja	☐	Nein	
Lungenerkrankung	☐	Ja	☐	Nein	
Schilddrüsenerkrankung	☐	Ja	☐	Nein	
Rheuma	☐	Ja	☐	Nein	
Epilepsie	☐	Ja	☐	Nein	
Diabetes Typ A	☐	Ja	☐	Nein	Medikamente:
Diabetes Typ B	☐	Ja	☐	Nein	Medikamente:
Nierenfunktionsstörungen	☐	Ja	☐	Nein	
Ohnmachtsneigung	☐	Ja	☐	Nein	
Andere:					

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum	☐	Ja	☐	Nein					
Alkoholgenuss	☐	Ja	☐	Nein	Wenn ja,	☐	selten	☐ oft	☐ regelmäßig
Raucher	☐	Ja	☐	Nein	Wenn ja,	☐	0-10	☐ über 10 Zig./Tag	
Regelmäßige Medikamente	☐	Ja	☐	Nein	Wenn ja, seit wann / Name:				

Zurück

Weiter

DR. HENRIK MÖMKEN & IVONNE REDELBERGER

Frühere Röntgenuntersuchung ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welcher Monat:

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ☐ Ja ☐ Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen

- **Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Außerdem bin ich im Bedarfsfall mit der Übermittlung von Röntgenbildern an einen weiterbehandelnden Zahnarzt oder Kieferchirurgen sowie der Daten an ein Dentallabor einverstanden.**
  Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link https://www.g-ba/beschluesse/4036/

  ◯ **Ja** ◯ **Nein**

- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Sind Sie bzw. Ihr Kind mit Fotografien (nicht Röntgenaufnahmen!) der Zähne zur Dokumentation einverstanden? Fotos können jeder Zeit gelöscht werden, Sie haben das Recht auf Widerruf der Einwilligung.

◯ **Ja** ◯ **Nein**

Zum Unterschreiben dieses Bogens gehen Sie bitte an die Rezeption.

Für die Richtigkeit der Angaben:

_____

Datum, Ort

_____ _____

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzl. Vertreter | Gegenzeichnung d. Praxis

Zurück Weiter

DR. HENRIK MÖMKEN & IVONNE REDELBERGER

Recall/Nachsorge
Patienteninformationen und Einverständniserklärung
- zum Verbleib in der Praxis -

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Langzeitstudien haben gezeigt, dass die Sicherung des Behandlungsresultates durch eine professionelle Betreuung nach Abschluss der Behandlung deutlich verbessert wird. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recall-Terminen 3 bis 12 Monate betragen. Dies gilt insbesondere für die Bereiche

- ☐ Vorsorge-Untersuchung (wichtig für Zahnersatz-Bonus)
- ☐ Prophylaxe, Mundhygiene
- ☐ Zahnerhaltung
- ☐ Parodontose-Therapie
- ☐ Schienen-Therapie
- ☐ Implantat-Versorgungen
- ☐ Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen)
- ☐

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres "Recall-Service" an Untersuchungen und/oder Behandlungen, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch/per Fax oder per E-Mail an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

- ☐ Im 6-Monats-Rhythmus
- ☐ Im 12-Monats-Rhythmus

_____	_____
Datum, Ort	Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzl. Vertreter

Zurück