

## Patientenbogen Erwachsene

### Herzlich willkommen

in der Gemeinschaftspraxis für allgemeine Zahnmedizin und Kieferorthopädie Dr. Nadja Ott & Dr. Alexander Ott.  
Für die Wahrnehmung unserer ärztlichen Sorgfaltspflicht bitten wir Sie um die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns absolut vertraulich behandelt.

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Ggf. Titel: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Tel. gesch.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ggf. gesetzlicher Vertreter/Korrespondenzadresse: \_\_\_\_\_

Ggf. empfohlen/überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Hausarztes: \_\_\_\_\_

**Kostenträger:**       Patient (Selbstzahler)                       SUVA (Unfall)  
                                  IV/SVA     Sozialamt Ort:

Was ist der Hauptgrund Ihres Besuches? .....

### Allgemeine Gesundheitsfragen:

1. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja    nein  
Wenn ja, weswegen?.....
  2. Waren Sie in den letzten zwei Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? ja    nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung oder Operation? .....
  3. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja    nein  
Wenn ja, welche?.....
  4. Besitzen Sie einen Endokarditis- oder einen Allergiepass? ja    nein
  5. Reagieren Sie ungewöhnlich auf Spritzen? ja    nein
  6. Haben oder hatten Sie (bitte ankreuzen):
- Allergien - Wenn ja, welche? (z. B.: Penicillin, Latex)  
.....
  - Atemprobleme/Asthma
  - Herzerkrankungen/Herzfehler
  - Hoher oder niedriger Blutdruck
  - Blutungsneigung, Blutgerinnungsstörung
  - Kieferhöhlenentzündung
  - Diabetes (Zuckerkrankheit)
  - Schilddrüsenerkrankung
  - Magen-Darm-Probleme
  - epileptische Anfälle
  - HIV-Infektion, AIDS
  - Hepatitis (Gelbsucht)



7. Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche?.....

8. Rauchen Sie regelmässig?  ja  nein

9. Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Gesichtsbereich geröntgt?  ja  nein

**Hinweis:** Unsere modernen digitalen Geräte sind möglichst strahlungsarm.

10. **Bei Frauen:** Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

**Bitte Zutreffendes ankreuzen:**

- Bemerken Sie Zahnfleischbluten?  
 Haben Sie häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?

Welche?.....

- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?

**Wünschen Sie eine Beratung über:**

- Zahnimplantate (künstliche Zahnwurzeln)?  
 Zahnersatz aus Vollkeramik / Biokompatibler Zahnersatz?  
 Keramische Verblendschalen für die Frontzähne (Veneers)?  
 Zahnfarbene Keramikfüllungen (Cerec)?  
  
 Zahnstellungskorrekturen / Kieferorthopädie?  
 Kariesvermeidung (Putztechniken, Hilfsmittel)?  
 Aufhellung der Zahnfarbe (Bleaching)?  
 Belastungsfreie Amalgamsanierung / Amalgamausleitung?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

*Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nur im Rahmen der Rechnungsstellung werden abrechnungsspezifische Daten zur Geltendmachung unserer Honorarforderungen an die für uns hierfür beauftragten Institutionen weitergegeben.*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Veränderungen meines Gesundheitszustandes oder der Medikamenteneinnahme teile ich vor jeder Behandlung mit.  
Mir ist bekannt, dass ich nach einem operativen Eingriff kein Fahrzeug führen darf.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient  
(Ggf. Unterschrift. des gesetzlichen Vertreters)

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!**

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.  
Besuchen Sie uns im Internet unter [www.praxisott.ch](http://www.praxisott.ch)