

Dr. Dr. med. Thomas Phielepeit, Dr. Dr. med. Daniel Lindhorst & Partner

Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie · Plastische Operationen · Implantologie · Parodontologie

Sehr geehrte Patientin ! Sehr geehrter Patient !

Bitte helfen Sie uns, mit der Beantwortung folgender Fragen einen zügigen und erfolgreichen Behandlungsablauf zu ermöglichen.

Ich möchte behandelt werden von: Dr. Phielepeit Dr. Lindhorst Dr. _____

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefon privat: _____ **Telefon beruflich:** _____

Falls Sie nicht selbst versichert (Familienangehöriger) sind, **Name, Vorname, Geburtsdatum des Hauptversicherten:** _____

Arbeitgeber: _____

(erforderlich für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung)

Ich willige ein, dass meine Daten zum Zwecke der Abrechnung und ärztlichen Dokumentation im EDV-System gespeichert werden. **Ich willige weiter ein**, dass meine Patientendaten/Befunde/Röntgenbilder, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist, an andere Stellen des Gesundheitswesens (z.B. Ärzte wie Pathologe, Radiologe, Anästhesist, HNO, zahntechnisches Labor u.a.) weitergeleitet werden. Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht.

Für gesetzlich Krankenversicherte: Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und verpflichte mich, die erforderliche Krankenversichertenkarte für das jeweilige Quartal innerhalb von 10 Tagen vorzulegen.

Ich bin damit einverstanden, dass anderenfalls für die Behandlung eine private Berechnung erfolgt.

Wo erforderlich, ziehen wir Ärzte anderer Fachrichtungen (z.B. Pathologe, Narkosearzt, Radiologe) konsiliarisch hinzu. Diese Ärzte verantworten ihre Tätigkeit ausschließlich selbst.

Beim Anfertigen einer Röntgenaufnahme bieten wir Ihnen die Ausstellung eines Röntgenpasses an.

Falls privat versichert:

Abweichende Rechnungsadresse:

Name der Krankenversicherung und Versicherungsnummer: _____

Hamburg, den _____

Unterschrift _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ? Ja

Herz / Kreislauf:

- hoher Blutdruck
 - niedriger Blutdruck
 - Angina pectoris
 - Herzinfarkt
 - Herzschwäche
 - Herzfehler
 - Herzmuskelentzündung
 - Herzklappenentzündung
 - künstliche Herzklappe
 - Rhythmusstörungen
 - Herzschrittmacher
- oder _____

Gefäße:

- Schlaganfall
 - Thrombosen
 - Durchblutungsstörungen
 - Krampfadern
- oder _____

Blut:

- Gerinnungsstörungen
 - auch bei Blutsverwandten
 - Nachbluten nach Operationen
 - häufiges Nasenbluten
 - blaue Flecken auch ohne Verletzungen, bzw. nach leichter Berührung
- oder _____

Leber:

- Fettleber
 - Leberzirrhose
 - Hepatitis A B C
 - Gelbsucht
 - Gallensteine
- oder _____

Nieren:

- Nierensteine
 - Nierenentzündung
 - Dialysepflichtig
- oder _____

Magen / Darm:

- Verdauungsstörungen
 - Sodbrennen
 - Refluxkrankheit
 - Geschwür
- oder _____

Augen:

- Grüner Star
 - Grauer Star
 - starke Einschränkung der Sehkraft
 - Blindheit
- oder _____

Bitte wenden ! →

Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!

Atemwege / Lungen

- chronische Bronchitis
 - Lungenentzündung
 - Tuberkulose
 - Asthma
 - COPD
 - Lungenemphysem
 - Schlafapnoe
 - Schnarchen Sie ?
- oder

Skelettsystem / Knochen:

- Osteoporose
 - Gelenkerkrankungen
 - künstliche Gelenke
 - Muskelerkrankungen
 - Fibromyalgie
- oder

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten** behandelt ?
Wegen welcher Erkrankung ?

Wann und mit welchem Präparat ?

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit:
 - Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Schilddrüsenüberfunktion
- oder

Nerven / Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
 - Lähmungen
 - Depressionen
 - Angstzustände
- oder

Allergien, z.B.:

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
 - Antibiotika
 - Schmerzmittel
 - Jod
 - Latex (z.B. in Gummihandschuhen)
 - Metalle
- oder

- Allergiepass vorhanden

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
 - Zustand nach Organtransplantationen
 - AIDS, HIV
 - Bestrahlung, Chemotherapie
 - Blutkrebs
- oder

Andere Erkrankungen oder Behinderungen:

- Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs
- oder

Weitere Angaben:

- Sind Sie Schwanger ?**
Welche Schwangerschaftswoche ?

- Rauchen Sie ?**
Wie viel durchschnittlich pro Tag ?

- Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört ?
Vor wie viel Monaten / Jahren ?

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol ?**
 Regelmäßig ? Wie viel ?

Gerinnungshemmende Medikamente:

- Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.
 - Aspirin® / ASS®
 - Marcumar® / Phenprocoumon
 - Plavix® / Iscover® / Clopidogrel
 - Ticlopidin
- oder

Regelmäßige Medikamente:

- Blutdruckmedikamente
 - Herzmedikamente
 - Schmerzmittel
 - Rheumamittel
 - Psychopharmaka
 - „Antibabypille“
 - Antidiabetika
- welche ?

- Konsumieren Sie regelmäßig Drogen ?**
welche ?

- Antibiotika in den letzten 3 Monaten**

- Ständige ärztliche Behandlung**
weshalb ?

- Letzte zahnärztliche Untersuchung**
wann ?

Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei

- Spritzen
 - Medikamenten
- welche ?

Auffälligkeiten im Mund- / Zahnbereich:

- temperaturempfindliche Zähne
 - Zahnfleischbluten
 - Stellungsveränderungen der Zähne
 - Zahnspange in der Vergangenheit
 - häufig durch den Mund atmen
 - Zahnverlust durch Karies
 - Zahnverlust durch Zahnlockerung
- oder

- Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung / Zahnfleischbeschwerden**
welche Behandlung ?

- „Parodontose“-Behandlung durchgeführt**
Wann ?

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.

Datum _____

Unterschrift

Mein Zahnarzt ist (Name / Adresse): _____
Außerdem bin ich derzeit beim Facharzt für _____
in Behandlung (Name / Adresse): _____
Vom Arzt auszufüllen. Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen: