



# ZAHNÄRZTE ROTENBURG

DR. JACOBS & KOLLEGEN

**Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.**

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei evtl. Fragen helfen wir gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Zukünftige Änderungen bitten wir, uns umgehend mitzuteilen.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ beruflich \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigt  Freiwillig versichert   
Standardtarif  Basistarif   
private Zusatzversicherung  Bonusheft vorhanden

Versicherter \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Ihr behandelnder Allgemeinarzt: \_\_\_\_\_

**Ihr Hauptanliegen:** \_\_\_\_\_

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? \_\_\_\_\_

Wann wurde zuletzt eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? \_\_\_\_\_

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?  Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?   
Knackt Ihr Kiefergelenk b. Kauen o. Gähnen?  Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne unzufrieden?   
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?

**Wünschen Sie eine besondere Beratung über hochwertige und dauerhafte Behandlungsformen, auch wenn sie nicht im Rahmen der Kassenversorgung sind:**

amalgamfreie Behandlung  hochwertige Füllungs-Therapie, Inlays   
Implantate  hochwertiger Zahnersatz   
Parodontal-Behandlung  Aufhellen natürlicher Zähne   
Karies- und Parodontosevermeidung  ästhetische Zahnheilkunde

**Medizinische Befunderhebung - haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?**

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (HIV+)	<input type="checkbox"/>	Künstlicher Bluter (Marcumar, Aspirin 100)	<input type="checkbox"/>
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft (.....Monat)	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>

Bestehen Allergien ja  nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Haben Sie einen Allergie-Pass? ja  nein

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?  ja  nein
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein
3. Rauchen Sie?  ja  nein
4. Bestehen Suchtkrankheiten?  ja  nein
5. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?  ja  nein
6. Sonstige Angaben/andere Krankheiten \_\_\_\_\_

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?** \_\_\_\_\_

Empfehlung	<input type="checkbox"/>	Telefonbuch	<input type="checkbox"/>
Zeitung	<input type="checkbox"/>	Facebook	<input type="checkbox"/>
Google	<input type="checkbox"/>	Homepage	<input type="checkbox"/>
Jameda	<input type="checkbox"/>		
Außenwerbung	<input type="checkbox"/>		

**Bitte vergessen Sie nicht im Fall einer Verhinderung uns mindestens 24 Stunden vorher zu benachrichtigen.**

**Bei einer Anästhesie ist die Fahrtüchtigkeit nicht mehr gewährleistet.**

Die Erklärungen auf diesem Patientenbogen habe ich verstanden. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

Vor der Einwilligung wurde ich darauf hingewiesen, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.

Mir wurde die Datenschutzerklärung der Dr. Jacobs MVZ GmbH zu Verfügung gestellt. Ich habe diese zur Kenntnis genommen und mich entschieden keine eigene Ausführung mitzunehmen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis und auf der Website der Praxis, einsehen kann.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Wenn es Ihnen bei uns gefallen hat, freuen wir uns sehr über eine Bewertung bei Google/Jameda.**