

# INFORMATIONSBOGEN FÜR NEUE PATIENTINNEN

## PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

Heutiger Datum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ erste Buchstabe mittleren Namens \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Ich bevorzuge \_\_\_\_\_ genannt zu werden

Männlich \_\_\_\_\_ Weiblich \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Soziale Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Mobilnummer \_\_\_\_\_ Arbeitsnummer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Geben Sie uns die Erlaubnis, Sie per SMS zu erreichen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Primäre Kontaktnummer (Wählen Sie eine aus) Handy \_\_\_\_\_ Arbeit \_\_\_\_\_

Haus \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Name des/die Ehepartners/in \_\_\_\_\_ Arbeitgeber des/der Ehepartners/in \_\_\_\_\_

Wer hat Ihnen uns empfohlen ?

Kontaktperson bei Notfällen / Kontaktnummer

## ZAHNMEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Der Grund Ihres heutiges Besuches

\_\_\_\_\_

Haben Sie momentan Schmerzen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_ Wenn ja, beschreiben

Sie bitte \_\_\_\_\_

Haben Sie momentan zahnmedizinische Probleme? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_ Wenn ja, beschreiben

Sie bitte \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon mal Probleme wegen Ihrer früheren zahnmedizinischen Behandlungen?

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_ Wenn Ja, beschreiben Sie bitte

---

Gibt es etwas, was wir tun können, um Ihre letzten zahnmedizinischen Behandlungen zu verbessern?

Bitte bewerten Sie Ihre Angst vor dem Zahnarztbesuch auf einem Massstab von 1 (am wenigsten) zu 5 (am meisten)

Obwohl das zahnärztliche Personal hauptsächlich den Bereich in und um Ihren Mund behandelt, ist Ihr Mund ein Teil Ihres gesamten Körpers. Gesundheitsprobleme, die Sie möglicherweise haben, oder Medikamente, die Sie möglicherweise einnehmen, könnten einen wichtigen Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben, die Sie erhalten. Vielen Dank für die Beantwortung der folgenden Fragen.

Wenn ja, erläutern Sie bitte \_\_\_\_\_

Wenn ja, erläutern Sie bitte \_\_\_\_\_

Wenn ja, erläutern Sie bitte \_\_\_\_\_

Wenn ja, erläutern Sie bitte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Waren Sie schon einmal hospitalisiert oder hatten Sie eine größere Operation? Ja. Nein.

Hatten Sie jemals eine schwere Kopf- oder Nackenverletzung? Ja. Nein

Nehmen Sie Medikamente, Pillen oder Drogen? Ja. Nein.

Nehmen Sie Phen-Fen oder Redux ein oder haben Sie eingenommen? Ja. Nein.

Haben Sie jemals Fosamax, Boniva, Actonel oder andere Medikamente eingenommen, die Bisphosphonate enthalten? Ja. Nein

Befinden Sie sich auf einer speziellen Diät? Ja. Nein

Konsumieren Sie Tabak? Ja. Nein

Benutzen Sie kontrollierte Substanzen? Ja. Nein

## FRAUEN

Sind Sie schwanger ? / Versuchen Sie schwanger zu werden? Ja. Nein.

Nehmen Sie orale Kontrazeptiva ein? Ja. Nein

Stillen Sie? Ja. Nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Beschwerden?

AIDS/HIV-positiv. Ja. Nein.

Alzheimer. Ja. Nein

Anämie-Angina Ja Nein

Künstliche Herzklappe Ja Nein

Künstliches Gelenk Ja Nein

Asthma Ja Nein

Blut-Erkrankung Ja Nein

Bluttransfusion Ja Nein

Arthritis/Gicht Ja Nein

Atembeschwerden Ja Nein

Häufige Prellung Ja Nein

Krebs Ja Nein

Chemotherapie Ja Nein

Brustschmerzen Ja Nein

Fieberbläschen Ja Nein

Angeborene Herzstörung Ja Nein

Krämpfe Ja Nein

Drogenabhängigkeit Ja Nein

Kortison-Präparate Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Kurzatmigkeit Ja Nein

Emphysem Ja Nein

Epilepsie oder Krampfanfälle Ja Nein

Starke Blutung Ja Nein

Übermäßiger Durst Ja Nein

Ohnmachtsanfälle/Schwindel Ja Nein

Häufiger Husten Ja Nein

Medizinische Vorgeschichte Ja Nein

NAME DES PATIENTEN

GEBURTSDATUM

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Beschwerden?

Häufiger Durchfall Ja Nein

Regelmäßige Kopfschmerzen Ja Nein

Genitalherpes Ja Nein

Glaukom Ja Nein

Heuschnupfen Ja Nein

Herzinfarkt/Herzversagen Ja Nein

Herzgeräusch Ja Nein

Herzschrillmacher Ja Nein

Herzbeschwerden/-erkrankungen Ja Nein

Hämophilie Ja Nein

Hepatitis A Ja Nein

Hepatitis B Ja Nein

Herpes Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Hoher Cholesterinspiegel Ja Nein

Nesselsucht oder Hautausschlag Ja Nein

Hypoglykämie Ja Nein

Herzrhythmusstörung Ja Nein

Nierenprobleme Ja Nein

Leukämie Ja Nein

Lebererkrankung Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein

Lungenerkrankung Ja Nein

Mitralklappenprolaps	Ja	Nein
Osteoporose	Ja	Nein
Schmerzen in Kiefergelenken	Ja	Nein
Nebenschilddrüsenerkrankung	Ja	Nein
Psychiatrische Versorgung	Ja	Nein
Strahlenbehandlungen	Ja	Nein
Gewichtsverlust in letzter Zeit	Ja	Nein
Nierendialyse	Ja	Nein
Rheumatisches Fieber	Ja	Nein
Rheuma	Ja	Nein
Scharlach	Ja	Nein
Gürtelrose	Ja	Nein
Sichelzellenanämie	Ja	Nein
Kieferhöhlenprobleme	Ja	Nein
Spina bifida	Ja	Nein
Magen-/Darmerkrankung	Ja	Nein
Schlaganfall	Ja	Nein
Schwellung der Gliedmaßen	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein
Mandelentzündung (Tonsillitis)	Ja	Nein
Tuberkulose	Ja	Nein
Tumore oder Wucherungen	Ja	Nein
Geschwüre	Ja	Nein
Geschlechtskrankheit	Ja	Nein
Gelbsucht	Ja	Nein

Hatten Sie jemals eine schwere Krankheit, die oben nicht gelistet ist? Ja

Nein

Sind Sie gegen eines der folgenden Mittel allergisch?

Aspirin          Penicillin          Kodein          Lokalanästhetika          Acryl          Metal  
Latex          Sulfa-Medikamente          Anderes

Wenn ja, beschreiben Sie bitte:

Erläuterung:

Die Fragen wurden in diesem Formular nach meinem besten Wissen korrekt beantwortet. Mir ist bewusst, dass die Bereitstellung falscher Informationen eine Gefahr für meine Gesundheit (oder die Gesundheit meines Patienten) darstellen kann. Es liegt in meiner Verantwortung, die Zahnarztpraxis über alle Änderungen im Gesundheitszustand zu informieren.

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN, DER ELTERN, oder VORMUND DES KINDES

\_\_\_\_\_ DATUM

NAME DES PATIENTEN, DER ELTERN, oder VORMUND DES KINDES (in gedruckter Form)

ZEUGENUNTERSCHRIFT

\_\_\_\_\_ DATUM

UNTERSCHRIFT DES ARZTES

DATUM

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Ungefährer Datum der letzten Zahnreinigung

Prozeduren, die beim letzten zahnärztlichen Besuch durchgeführt wurden

Suchen Sie nach einer Veränderung in der Art und Weise, wie Ihr Lächeln aussieht?

Wenn Sie etwas an Ihren Zähnen ändern könnten, was wäre es (alles Zutreffende ankreuzen)

Farbe Ihrer Zähne                      Beim Lächeln sind zu viele oder zu wenige Zähne sichtbar

Größe/Form Ihrer Zähne              Beim Lächeln zeigt sich zu viel oder zu wenig Zahnfleisch

Lücken zwischen Ihren Zähnen      Ausrichtung Ihrer Zähne

Anderes (bitte beschreiben Sie)

Haben Sie? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Empfindliches oder zurückgehendes Zahnfleisch  
abgebrochene Zähne

Abgenutzte / abgebrochene /

Fehlende Zähne

Alte Kronen, die oben dunkle Ränder haben

Empfindliche Zähne gegenüber Hitze/Kälte

empfindliche Zähne beim Kauen

Besorgnis über Mundgeruch

Alte oder verfärbte Füllung

Anderes (bitte beschreiben Sie)

---

Haben Sie schon einmal erlebt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Parodontitis / Zahnfleischbehandlung

Beschwerden im Kiefergelenk (TMJ/TMD) / Kieferorthopädische Behandlung

Ihr Biss wurde angepasst

Oralchirurgie / Weisheitszähne

Schwere Verletzung des Mundes oder Kopfes

Eine Beißplatte oder ein Mundschutz tragen

Chronischer Mundgeruch

Schnarchen

Zähneknirschen (Tag oder Nacht)

Wenn Sie eine der vorherigen Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, erläutern Sie sie bitte

---

Benötigen Sie Antibiotika vor oder nach der Zahnbehandlung?

Wenn ja, warum?

---

Haben Sie jemals Medikamente gegen Osteoporose eingenommen, nehmen Sie diese derzeit ein oder planen Sie dies? (Biophosphonate)

Gibt es sonst noch etwas über Ihre vergangenen Zahnbehandlungen, das Sie uns mitteilen möchten?

## ZAHNVERSICHERUNG

Hauptversicherter

Name der Versicherungskammer \_\_\_\_\_ Personalnummer des Versicherten

Name des Versicherten \_\_\_\_\_ Beziehung zum Patienten

Geburtsdatum des Versicherten \_\_\_\_\_ Name des Arbeitgebers des Versicherten

Zweiter Versicherter

Name der Versicherungskammer \_\_\_\_\_ Personalnummer des Versicherten

Name des Versicherten \_\_\_\_\_ Beziehung zum Patienten

Geburtsdatum des Versicherten \_\_\_\_\_ Name des Arbeitgebers des Versicherten

Wenn der Patient minderjährig ist:

Name des Elternteils / des offiziellen Erziehungsberechtigten die Beziehung zum Minderjährigen

Ist dieser Elternteil oder Erziehungsberechtigte derzeit Patient in unserer Praxis? Ja      Nein

#### PRAXIS- UND FINANZPOLITIK

-Unsere Mission ist es, die beste und kostengünstigste Gesundheitsbehandlung anzubieten, die heute verfügbar ist. Nach der Diagnose berät Sie der Arzt über unseren Behandlungsplan. Darüber hinaus besprechen wir mit Ihnen die Investition in die heutige und zukünftige Behandlung.

-Die Zahlung ist zum Zeitpunkt der Leistungserbringung fällig. Wir akzeptieren: Anzahlung, Bargeld, Visa, MasterCard und Banküberweisungen (im Voraus).

-Die Versicherungsleistungen werden von Ihrem Arbeitgeber und nicht von Ihrem Zahnarzt bestimmt. Etwaige abzugsfähige oder geschätzte Zuzahlungsbeträge werden zum Zeitpunkt der Behandlung fällig. Eine Versicherung ist keine Zahlungsgarantie, Versicherungsgesellschaften zahlen möglicherweise nicht alle Ihre Kosten. Ihre Versicherungspolice ist ein Vertrag zwischen Ihnen und Ihrem Versicherer.

-Für alle Konten, die länger als 45 Tage mit der Zahlung des Patienten überfällig sind, wird eine Zinsgebühr von 18 % pro Jahr erhoben. Für jeden Scheck, der als nicht ausreichende Deckung (NSF) an uns zurückgesendet wird, wird Ihrem Kontostand eine Gebühr für die Rückgabe eines Schecks in Höhe von 25 EUR hinzugefügt.

-Für eine umfassende zahnärztliche Behandlung können vor Beginn der Behandlung Zahlungspläne und finanzielle Vereinbarungen getroffen werden.

Ich, der Unterzeichner, genehmige die Zahlung der zahnärztlichen Leistungen, die ansonsten direkt an Murat Sutpideleler, DDS PhD, zu zahlen wären.



Ich habe diese finanziellen Richtlinien gelesen und verstanden

---

NAME IN GEDRUCKTER FORM

DATUM DER UNTERSCHRIFT

PHOTOVERÖFFENTLICHUNG

Ich \_\_\_\_\_ ermächtige hiermit TRUDENT CLINICS, Fotos und Videos von meinem Gesicht, meinem Kiefer und meinen Zähnen zu erstellen.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass die Fotos und/oder Videos als Dokumentation meiner Behandlung verwendet werden und für Bildungszwecke in Vorträgen, Demonstrationen und Werbung (einschließlich Veröffentlichungen auf Websites, in Zeitungen, Zeitschriften, Bücher, Fernsehen und am Telefon) und Fachpublikationen (Zahnzeitschriften und Fachzeitschriften) verwendet werden können.

Außerdem verstehe ich, dass mein Name oder andere Informationen zur Identifikation vertraulich behandelt werden, wenn die Fotos, Dias und/oder Videos in Veröffentlichungen oder als Teil einer Demonstration verwendet werden. Für die Nutzung dieser Fotos erwarte ich keine Vergütung, weder finanziell noch anderweitig.

---

Datum der Unterschrift

VIELEN DANK!  
DASS SIE SICH FÜR TRUDENT CLINICS  
ENTSCHIEDEN HABEN

DR. MURAT SUTPIDELER & TEAM