



## DR. JELLE TIDDENS

ZAHNARZT

Rodenkirchener Str. 166 · 50997 Köln

Tel.: 02233 / 92 33 55 · info@rondent.de

www.rondent.de

MO 8.30 - 12.30 Uhr & 14.00 - 18.00 Uhr

DI 11.30 - 14.30 Uhr & 15.00 - 19.30 Uhr

MI 13.30 - 19.30 Uhr

DO 7.30 - 11.30 Uhr & 12.00 - 15.30 Uhr

FR 8.30 - 13.00 Uhr

### LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam Rondent

### PATIENTENDATEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

### ANSCHRIFT

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf, Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_

### KRANKENVERSICHERUNG

Name Ihrer Versicherung: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung? JA  NEIN

### ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung)  Tuberkulose  HIV, AIDS

Epilepsie  Glaukom, erhöhter Augeninnendruck

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

JA

NEIN

Wenn ja, welche?

Herzmedikamente: \_\_\_\_\_

Cortison: \_\_\_\_\_

Schmerzmittel: \_\_\_\_\_

Antidepressiva: \_\_\_\_\_

blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin): \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals eine Kieferhöhlenentzündung?

JA

NEIN

Atemwegserkrankungen?

JA

NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rheuma, Gelenkschwellung

Arthrose

Osteoporose

Hormonelle Störung

Haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?

JA

NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Gelenkprothesen oder andere Implantate?

JA

NEIN

Wenn ja, was genau? \_\_\_\_\_

Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)

Herzschrittmacher

Bypass

Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe

Herzinfarkt

Angina Pectoris

Bluthochdruck, Wert: \_\_\_\_\_

Blutarmut (Anämie)

Bluterneigung (Hämophilie)

Diabetes

Tagesaktueller Wert: \_\_\_\_\_

Blasen-Nieren-Erkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Allergien auf Medikamente?

JA

NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

JA

NEIN

Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 2 Jahren geraucht?

JA

NEIN

Werden oder wurden Sie in der letzten Zeit ärztlich behandelt?

JA

NEIN

Wenn ja, wegen welcher Krankheit? \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

## MUNDGESUNDHEIT

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung

Beratung

Schmerzbehandlung

Neuer Zahnersatz

Überweisung Zahnarzt

Zweite Meinung

Sonstiges? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

JA

NEIN

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme?

JA

NEIN

Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

JA

NEIN

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

JA

NEIN

Wurden die Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

JA

NEIN

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?

JA

NEIN

## SONSTIGES

Sind Sie an einer Erinnerung an die  
Vorsorgeuntersuchung (Bonusheft) interessiert?

JA

NEIN

Wie möchten Sie erinnert werden?

TELEFON

SMS

BRIEF

Sind Sie an unserer professionellen  
Zahnreinigung (Prophylaxe) interessiert?

JA

NEIN

## WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Anzeige: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

Datum, Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters

## WICHTIGE INFORMATION

Wir führen eine Bestellpraxis und versuchen stets, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können und diesen nicht 24 Std. vor der Behandlung abgesagt haben, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten für die reservierte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen.