ZAHNARZT-PRAXIS BARMBEK
Dr. med. dent. Katharina Boos

Fuhlsbüttler Str. 164 22305 Hamburg
Telefon: 040 - 61 42 83
praxis@dr-boos.com

PATIENTENBOGEN

Vorname Name
first name, surname

Anschrift
adress

Telefon tagsüber / mobil
phone during the day / mobil

Email
email

Geburtsdatum
date of birth

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
How did you hear about our practice?

Beruf
profession

BESTELLPRAXIS: HINWEIS ZUR ORGANISATION

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich.
Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach anfallenden Praxiskosten berechnen müssen.

Ordering practice: note on organization

If necessary, we will reserve several appointments for you. This saves long waiting times and we are only there for you on the agreed date. Quality work is only possible without time pressure.

Please understand that we have to charge appointments that are not kept and that have not been canceled 24 hours in advance according to the practice costs.

Schnarchen Sie?
Do you snore?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln?
How satisfied are you with your smile?

1 **2** **3** **4** **5**
ja / yes *nein / no*

Möchten Sie regelmäßig an Kontrolluntersuchungen und an Prophylaxetermine erinnert werden?
Would you like to be reminded regularly of check-ups and, if necessary, prophylaxis appointments?

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?
Are you currently receiving medical treatment? If so, for which illness?

Hausarzt / Facharzt? Telefonnummer
general practitioner / specialist? phone

Haben Sie jemals Knochenhärter (Bisphosphonate) eingenommen? Bekommen Sie Spritzen?
Have you ever taken bone hardeners (bisphosphonates)? Are you getting injections?

Allergien: Gegen welche Materialien / Medikamente besteht der Verdacht auf eine Unverträglichkeit?
Allergies: Which materials / drugs are suspected of being intolerant?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Drogen zu sich?
Do you take medication or drugs regularly?

LEIDEN SIE AN:
Do you suffer from:

Herz- Kreislauferkrankungen
cardiovascular diseases

Stoffwechselerkrankungen:
Diabetes (Zuckerkrankheit)
Magen-Darm-Erkrankungen
Schilddrüsen-Erkrankungen
Metabolic diseases: Diabetes, Gastrointestinal diseases, Thyroid disorders

Infektionskrankheiten:
Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)
Tuberkulose (TBC), HIV (AIDS)
Infectious Diseases: Liver Inflammation / Jaundice (hepatitis), HIV (AIDS), Tuberculosis (TBC)

Erkrankungen des Nervensystems:
Epileptische Anfälle / Krämpfe?
Nervous system disorders: Epileptic seizures / convulsions?

Bluterkrankungen:
Blutungsneigung (Hämophilie)?
Blutarmut (Anämie)?
Blood disorders: Tendency to bleed (haemophilia)? Anemia?

Röntgen:
Wurden im letzten Jahr Röntgenbilder von Ihren Zähnen angefertigt? Wenn ja, wo?
Roentgen: Have any x-rays been taken of your teeth in the past year? If yes, where?

Haben Sie andere Krankheiten?
Do you have any other diseases?

Für Frauen:
Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, in welchem Monat?
For women: Are you pregnant? If so, in which month?

Datum / Ort
UNTERSCHRIFT
date / location, signature