



Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Telefon _____

E-mail-Adresse _____ mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Geburtsort _____ (Info: Ihren Geburtsort müssen wir lt. Röntgenverordnung bei ihren Röntgenaufnahmen dokumentieren.)

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung

Privatversicherung _____ beihilfeberechtigt Standardtarif (1.8fach)

Allgemeine Anamnese

Bevor wir Ihre zahnmedizinischen Wünsche besprechen, benötigen wir einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, um die für Ihre Behandlung geeigneten Materialien, Medikamente und Behandlungsmethoden auswählen zu können.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztliche Schweigepflicht.

Sollte etwas unklar sein, beantworten wir gerne Ihre Fragen.

Besteht/bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Nervensystem:

Anfallsleiden (Epilepsie) ja / nein

Krämpfe ja / nein

sonstige: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Infektionserkrankungen:

Gelbsucht, Hepatitis A ja / nein

Gelbsucht, Hepatitis B ja / nein

Gelbsucht, Hepatitis C ja / nein

HIV, (AIDS) ja / nein

Atemwegserkrankungen ja / nein

Tuberkulose Tbc ja / nein

sonstige: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Herzschwäche (Herzinsuffizienz) ja / nein

koronare Herzkrankheit (Angina pectoris) ja / nein

Herzinfarkt _____ ja / nein

Herzrhythmusstörungen ja / nein

Herzschrittmacher ja / nein

Bypass-Operation _____ ja / nein

Herzklappenfehler/-ersatz ja / nein

Hoher Blutdruck ja / nein

Niedriger Blutdruck ja / nein

Schlaganfall _____ ja / nein

sonstige: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Stoffwechselerkrankungen:Zuckerkrankheit, Diabetes Typ I/TypII ja / nein Magen Darm Erkrankungen ja / nein Schilddrüsenerkrankungen ja / nein

sonstige: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Nierenerkrankungen:Chronische Niereninsuffizienz ja / nein Dialyse ja / nein

sonstige: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Lebererkrankungen:_____ ja / nein

Medikamente: _____

Blut:

hämatologische Erkrankungen

(Erkrankung der blutbildenden Organe) ja / nein Blutarmut (Anämie) ja / nein Blutungsneigung (Hämophilie) ja / nein Blutgerinnungsstörungen ja / nein Nehmen Sie Marcumar? ja / nein

sonstige: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Sonstige Erkrankungen:Asthma bronchiale ja / nein grüner Star (Glaukom) ja / nein Osteoporose ja / nein Rheumatoide Arthritis ja / nein

Tumorerkrankungen (Bestrahlung,

Chemotherapie) ja / nein

frühere Operationen? (Welche?) _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Allergien:Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein

Gegen welche Medikamente, bzw. Materialien besteht bei Ihnen ein Verdacht einer Überempfindlichkeit, Unverträglichkeit, oder Allergie? (z.B. Penicillin, Latex, etc.) _____

Für weibliche Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja. Wenn ja, in welchem Monat? _____ Unklar. Nein.**Zum Schutz der Mutter und des Kindes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während der Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!**Rauchen Sie? ja / nein Wenn ja, wieviele Zigaretten/Tag? _____Besteht eine Drogenabhängigkeit? ja / nein _____Besteht eine Alkoholabhängigkeit? ja / nein _____

Welche Medikamente außer den bereits genannten, nehmen Sie ein? _____

Nehmen Sie, oder haben Sie aufgrund bestimmter Erkrankungen Medikamente wie "Fosamax, Actonel, Didronel, Alendron, Fusavance, Bonviva (Bisphosphonate) einnehmen müssen? Wenn ja, seit wann?ja / nein seit: _____**Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?** ja / nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

Wer ist ihr Hausarzt? _____

Wann wurden sie das letzte Mal geröntgt? Monat _____ Jahr _____ Welches Organ? _____

Zahn-Mund-Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang ja / nein

Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen) Schmerzen am Kopf/Nacken ja / nein

Tragen Sie Zahnersatz? ja / nein
Seit wann? Seit _____ Jahren.

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne,
also: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden? ja / nein

Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam grundsätzlich ab? ja / nein

Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven Vorsorge
gegen Karies und Zahnfleischrückgang? ja / nein

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden? ja / nein

Sind Sie an einer Erinnerung an Ihre nächste Kontrolluntersuchung interessiert? ja / nein

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann.

Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Es bestehen keine Unklarheiten bezüglich der Fragestellungen.

Datum

Unterschrift (gesetzl. Vertreter)