

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztlich Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen, um diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Dieser wird anschliessend Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Patient/in Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____
 Anschrift Straße / Nr. _____
 PLZ _____ Ort _____
 Tel.Nr. _____ Mobil Nr. _____ E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

beihilfeberechtigt privat zusatzversichert freiwillig versichert

Hausarzt _____

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? Wünnen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
 Beratung „zweite Meinung“
 Schmerzbehandlung andere Gründe: _____

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

ja / nein

1. Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne – kurz: mit Ihrem Lächeln – zufrieden? ja nein
2. Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang? ja nein
3. Wurde bei Ihnen schon mal eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt? ja nein
4. Tragen Sie einen Zahnersatz? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein
5. Sind Ihnen Geräusche, Knacken im Kiefergelenk je bewusst aufgefallen (z.B. b. Gähnen, Kauen)? ja nein
6. Leiden Sie unter Mundgeruch? Wünnen Sie eine entsprechende Beratung? ja nein
7. Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
8. Wurde bei Ihnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? ja nein
9. Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm (z.B. professionelle Zahnreinigung) interessiert? ja nein
10. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein
11. Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein
12. Besitzen Sie ein Bonusheft? ja nein
13. Wünnen Sie ggf. eine Betäubung (Lokalanästhesie)? ja nein
14. Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein

ALLGEMEINANAMNESE

ja / nein

1. Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Beschwerden? ja nein

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

3. Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche? ja nein

4. Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein
5. Leiden Sie an einer Herzerkrankung (Endokarditis, Infarkt etc.)? ja nein
6. Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? ja nein
7. Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen? ja nein
8. Leiden Sie an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? ja nein
9. Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)? ja nein
10. Leiden Sie an Epilepsie (Krampfanfällen)? ja nein
11. Leiden Sie an Asthma bronchiale? ja nein
12. Sonstige bekannte Krankheiten: ja nein

13. *Für weibliche Patienten:* Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Besteht Interesse an unserem kostenlosen Erinnerungsservice? per Anruf per Brief per E-Mail

Wie haben Sie von unserer Zahnarztpraxis erfahren?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift

Hinweis: Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihre Zahnärztin Ihre Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen - was dann? Weder sie noch ihre Mitarbeiter sind in dieser Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie zu einem für Sie reservierten Termin nicht erscheinen können, bitten wir Sie, diesen rechtzeitig (nach Möglichkeit 1 - 2 Tage vorher) abzusagen. Damit erweisen Sie uns und Ihren Mitpatienten einen großen Gefallen. Vielen Dank!

Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage behalten wir uns vor, Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr zu geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO privat in Rechnung gestellt werden.