

## Zahnästhetik & Implantologie

### Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient**

Herr/Frau/Kind: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Versichert bei/über: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: Tel. privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

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

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Tagsüber erreichbar: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach GOZ.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn die Leistung von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen wird?

Ja [ ] Nein [ ]

Wünschen Sie insbesondere über unser Intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

Ja [ ] Nein [ ]

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

Ja [ ] Nein [ ]

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Datum/Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Anamnese

**Ärztliche Behandlung:** Stehen sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja [ ] / Nein [ ]  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Hausarzt/Facharzt:** Name, Adresse, Telefonnummer:

**Medikamente:** Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

**Allergien:** Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen Verdacht einer Überempfindlichkeit?  
\_\_\_\_\_

Besitzen sie einen Allergiepass? Ja [ ] / Nein [ ]

**Herzerkrankungen:** Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja [ ] / Nein [ ]  
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja [ ] / Nein [ ]  
Heizasthma, Angina pectoris? Ja [ ] / Nein [ ]  
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Ja [ ] / Nein [ ]  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Kreislaufferkrankungen:** Zu hoher Blutdruck? Ja [ ] / Nein [ ]  
Zu niedriger Blutdruck? Ja [ ] / Nein [ ]  
Zustand nach Herzinfarkt? Ja [ ] / Nein [ ]  
Nehmen die gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja [ ] / Nein [ ]

**Vegetative Erkrankungen:** Ohnmachtsanfälle? Ja [ ] / Nein [ ]  
Nehmen Sie Aufputzmittel- oder Beruhigungsmittel? Ja [ ] / Nein [ ]  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel-  
Erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja [ ] / Nein [ ]  
Magen-Darmerkrankungen? Ja [ ] / Nein [ ]  
Schilddrüsenerkrankungen? Ja [ ] / Nein [ ]  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des  
Nervensystems:** Epileptiforme Anfälle? Ja [ ] / Nein [ ]  
Krämpfe? Ja [ ] / Nein [ ]  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bluterkrankungen:** Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja [ ] / Nein [ ]  
Blutarmut (Anämie)? Ja [ ] / Nein [ ]  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:** Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/...)? Ja [ ] / Nein [ ]  
Tuberkulose? Ja [ ] / Nein [ ]  
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Bronchitis, etc. Ja [ ] / Nein [ ]  
Aids? Ja [ ] / Nein [ ]  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:** Sind Sie Drogen- [ ] Alkohol [ ] oder Nikotinabhängig [ ]? Ja [ ] / Nein [ ]  
Schnarchen Sie? Ja [ ] / Nein [ ]

**Röntgen:** Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf/Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Ja [ ] / Nein [ ]  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft** Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**

Datum/Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_