



ZAHNARZTPRAXIS am Marheinekeplatz

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis am Marheinekeplatz.

Bitte nehmen Sie sich für Ihre Gesundheit einen Moment Zeit und beantworten Sie uns einige Fragen.
Zur Gewährleistung einer individuellen und risikofreien Behandlung, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGb und den Datenschutzbestimmungen und werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name Vorname Geburtsdatum Beruf

Straße/Nr. PLZ/Ort Telefon

E-Mail Krankenkasse

Hauptversicherter Geburtsdatum

Name, Anschrift und Telefon des Hausarztes

Ihr letzter Besuch bei einem Zahnarzt: Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein

Kommen Sie auf Empfehlung? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Durch wen?

Anamnese

Nehmen Sie Medikamente ein? Falls ja, welche?

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Besteht eine Allergie/Unverträglichkeit? ja nein

Atemwegserkrankungen? ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit? ja nein

Glaukom/grüner Star? ja nein

Rheuma? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Epilepsie/Anfallsleiden? ja nein

Osteoporose? ja nein

Haben Sie je Bisphosphonate eingenommen? ja nein

Tumorerkrankungen? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Nehmen Sie Drogen ein? ja nein

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus? ja nein Warum?



Zahnärztliche Anamnese

wenn ja, wo?

1. Haben Sie Schmerzen an den Zähnen? ja nein
2. Haben Sie Schmerzen am Zahnfleisch? ja nein
3. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? ja nein
4. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? ja nein
5. Haben Sie manchmal Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder im Gesichtsbereich? ja nein
6. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulter schmerzen? ja nein
7. Kommen Sie zur:
 Kontrolle Reparatur, Zahnersatz
 Beratung Sanierung
 Notfallbehandlung/Schmerzen Professionelle Zahnreinigung

Herz-Kreislaufkrankungen

Haben/Hatten Sie...

- ... einen Herzpass? ja nein
- ... einen Herzschrittmacher? ja nein
- ... einen Herzinfarkt? ja nein Wann?
- ... einen Schlaganfall? ja nein Wann?
- ... eine Blutgerinnungsstörung? ja nein Welche?
- ... Herzrhythmusstörungen? ja nein
- ... einen Herzklappenfehler/Ersatz? ja nein
- ... zu hohen/niedrigen Blutdruck? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, wie z. B. Marcumar oder ASS 100? ja nein

Infektionskrankheiten

Hepatitis/Gelbsucht? ja nein

HIV-Infektion? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Sonstige Angaben/ andere Erkrankungen

.....

.....

Möchten Sie regelmäßig an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden? ja nein

per E-Mail SMS

Wir sind eine Bestellpraxis und achten sehr auf die Einhaltung der vereinbarten Termine.
Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen.
Dadurch kann es manchmal zu Verzögerungen kommen.

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, Ihren Termin einzuhalten, bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Std. vorher abzusagen.

Ich bestätige, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben
und bin mit der genannten Regelung einverstanden.

Datum

Unterschrift