



LZAHNÄRZTE

Willkommen in unserer Praxis!

Um Ihre Behandlung individuell auf Sie anpassen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen ehrlich und vollständig auszufüllen. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anamnese

Patient			
Name, Vorname - Patient	Telefon mobil		
Geburtsdatum	Krankenkasse		
Name, Vorname - Versicherter	Beruf		
Adresse	Haben Sie einen gesetzlichen Vertreter?	Ja	Nein
PLZ, Stadt, Land	Besteht eine Zahnzusatzversicherung?	Ja	Nein
E-Mail	Sind Sie beihilfeberechtigt?	Ja	Nein
Telefon	Haben Sie eine Pflegestufe?	Ja	Nein

allgemeine Gesundheitsfragen	Ja	Nein
Waren Sie in letzter Zeit krank, in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?		
Name und Adresse Ihres Hausarztes		
Hatten Sie bereits ernsthafte Erkrankungen oder Operationen?		
Wenn ja, welche?		
Haben Sie künstliche Gelenke? (z.B. Knie oder Hüfte)		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		
Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie oder haben Sie einmal Bisphosphonate eingenommen oder Medikamente, die das Knochenwachstum beeinflussen? (z.B. wegen Osteoporose oder Tumorerkrankungen)		
Haben Sie in den letzten drei Monaten ein Antibiotikum eingenommen?		
Rauchen Sie oder haben Sie einmal geraucht? Wenn ja, wieviel?		
Bluten Sie lange bei Verletzungen oder bekommen Sie schnell blaue Flecken?		
Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?		

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen, bzw. haben Sie eine durchgestanden?	Ja	Nein		Ja	Nein
Allergien, wogegen? Haben Sie einen Allergiepass?			Leber- und Nierenerkrankungen Wenn ja, welche?		
Schilddrüsenerkrankung			Rheumatische Erkrankung		
Herzkrankungen (z.B. Herzfehler, Herzschrittmacher) Wenn ja, welche?			Magen-Darmerkrankungen Wenn ja, welche?		
Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck) Wenn ja, welche?			Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, HIV, Tuberkulose) Wenn ja, welche?		
Endokarditis			Osteoporose		
Zuckerkrankheit (Diabetes)			Tumorerkrankung Wenn ja, welche?		
Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie) Wenn ja, welche?			Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen) Wenn ja, welche?		
Atemwegs-, Lungenerkrankungen? Wenn ja, welche?			nicht aufgeführte Erkrankungen Wenn ja, welche?		

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Allgemeines	Ja	Nein
Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung:		
Wurden bei Ihnen in den letzten zwei Jahren Röntgenbilder angefertigt? Wenn ja, wann und wo?		
Haben Sie das Gefühl, dass Materialien wie Amalgam oder andere Metalle Ihnen Beschwerden bereiten?		
Aktueller Grund Ihres Besuches:		
Möchten Sie an unserem automatischen Erinnerungssystem zur Vorsorge teilnehmen? <input type="checkbox"/> umweltschonend möchte ich die Erinnerung gerne per Mail erhalten		
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Website <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Jameda Auf Empfehlung von:		
Persönliche Vorgeschichte	Ja	Nein
Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?		
Haben Sie in vorherigen Behandlungen eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente bemerkt?		
Zahnfleisch	Ja	Nein
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähne putzen oder wenn Sie Zahnseide benutzen?		
Wurden Sie bereits wegen Parodontitis behandelt oder hat man mit Ihnen über Knochenschwund um die Zähne gesprochen?		
Haben Sie einen unangenehmen Geschmack oder Geruch im Mund beobachtet?		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zähne länger werden oder nicht mehr richtig fest sind?		
Zahnstruktur	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten drei Jahren Karies?		
Haben Sie oft das Gefühl eines trockenen Mundes?		
Reagieren manche Zähne empfindlich auf heiß/kalt/süßes/beißen oder vermeiden Sie es einen Teil Ihres Mundes auf Grund von Schmerzen oder ähnlichem zu putzen?		
Biss und Kiefergelenke	Ja	Nein
Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? (Schmerzen, Geräusche, begrenzte Öffnung, Sperre, Knacken)		
Haben Sie oft Kopfschmerzen, Nackenverspannungen oder ähnliches?		
Haben Sie Probleme beim Kauen von harten Nahrungsmitteln?		
Pressen Sie Ihre Zähne tagsüber aufeinander?		
Haben Sie Schlafprobleme oder wachen Sie mit einem Spannungsgefühl im Kopfbereich auf?		
Tragen Sie eine Knirscherschiene oder haben Sie eine getragen?		
Ästhetik	Ja	Nein
Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne unangenehm oder fühlen Sie sich dadurch gehemmt?		
Gibt es etwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern möchten?		

Patientenerklärung

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
 Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich umgehend mitteilen. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Andernfalls können mir daraus entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich erteile mein Einverständnis die für die Rechnungsstelle, das Inkassounternehmen und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten. Fotos und Röntgenbilder dürfen in anonymisierter Form für Vorträge und Publikationen verwendet werden. Die Einverständniserklärung kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift