

Herzlich Willkommen

in der Praxis für Zahnmedizin & Prophylaxe von Dr. Jens Dreesen und Dr. Götz von Zydowitz

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese). Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer ärztlichen Behandlung in unserer Praxis.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Telefon _____

Mobil-Telefon _____ E-Mail-Adresse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

- Gesetzliche Krankenkasse _____ zusatzversichert
 Private Krankenkasse _____ vollversichert Standardtarif (1,7fach)
 Anspruch auf Beihilfe

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- überempfindliche Zähne Zähneknirschen Zahnschmerzen
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken Zahnverfärbungen Mundgeruch
 Zahnfleischbluten Zahnlockerungen Sonstiges? _____

Wechselwirkungen von Medikamenten/akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? nein ja

Hausarzt/Facharzt _____

Allergien

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja

Herz- und Kreislauferkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz) nein ja Herzklappenersatz/Herzfehler nein ja
Unregelmäßiger Herzschlag nein ja Hoher Blutdruck nein ja
Herzasthma, Angina Pectoris nein ja Niedriger Blutdruck nein ja
Herzschrittmacher nein ja Herzinfarkt nein ja

Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/...) nein ja

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? nein ja

Tuberkulose nein ja

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung nein ja

Zuckerkrankheit (Diabetes) nein ja

Schilddrüsenerkrankung nein ja

Sonstiges? _____

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie) nein ja

Blutarmut (Anämie) nein ja

Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle nein ja

Psychosomatische Erkrankungen nein ja

Krämpfe nein ja

Sonstiges? _____

Magen- / Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt nein ja

Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere nein ja

Tumorerkrankungen

Bisphosphonat-Therapie nein ja

Schwangerschaft

nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

Drogen

Drogenabhängigkeit nein ja

Nikotinabhängigkeit nein ja

Alkoholabhängigkeit nein ja

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht) nein ja

Sonstige Ess-Störungen? _____

Röntgenbestrahlung

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja

Ihr persönliches Anliegen und Ihre individuellen Erwartungen an die bevorstehende Zahnbehandlung

Grund Ihres heutigen Besuches? _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? nein ja

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail per SMS

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Implantologie individuelles Prophylaxeprogramm

Parodontosebehandlung Zahnästhetik Zahnfehlstellungsregulierung Kariesrisikobestimmung

Amalgamsanierung Mundhygieneartikel Bleaching (Zahnaufhellung)

Sonstiges Beratungsinteresse? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter **www.zahn-hl.de**? nein ja

Datum _____ Unterschrift _____