

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass Sie unsere Praxis für Ihre Zahngesundheit gewählt haben. Da wir eine reine Bestellpraxis haben, sind Wartezeiten bei uns die Ausnahme, allerdings kann es durch nicht vorhersehbare medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahmen in seltenen Fällen zu Verzögerungen kommen, über die wir Sie umgehend informieren. Sollten Sie aufgrund eines unvorhersehbaren Notfalles, wie z.B. akuten Schmerzen, ohne vorhergehende Anmeldung in unsere Praxis kommen, müssen Sie mit zum Teil längeren Wartezeiten rechnen. Daher bitten wir immer um telefonische Kontaktaufnahme, damit wir Sie zeitnah und ohne größere Wartezeit terminieren können.

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre Zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Dieses ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der strikten ärztlichen Schweigepflicht.

Noch eine Bitte: Füllen Sie den mehrseitigen Anamnesebogen sorgfältig und komplett auf allen Seiten aus und unterschreiben Sie ihn auf der letzten Seite an den beiden dafür vorgesehenen Stellen (bzw. bei Kindern ein Elternteil). Sollten Sie Fragen zu einzelnen Punkten haben oder Erläuterungen hierzu brauchen, so zögern Sie bitte nicht uns anzusprechen, wir sind gerne behilflich.

Patientendaten

Name des Patienten:

ggf. Name des gesetzlichen Vertreters
(bei Kindern ein Elternteil):

geboren am:

Anschrift:

Telefon: Mobil: Telefon Büro:

ggf. Fax: E-Mail Adresse:

Beruf: Arbeitgeber:

Bitte teilen sie uns auch ggf. andere Telefonnummern mit unter denen Sie im Falle einer kurzfristigen Terminänderung zu erreichen sind. DANKE!!

Grund Ihres Besuchs

- Kontrolluntersuchung / Mundgeruch
- Zahnfleischbluten
- Beratung:

- Kiefergelenkbeschwerden / Knirschen
- Migräne / Kopf / Nackenschmerzen
- Schmerzen oder sonstige Probleme:

Unser Zahn- und Mundgesundheitscheck

- Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder bei der Benutzung eines Zahnstochers bzw. anderer Hilfsmittel der Reinigung? Ja Nein
- Ist Ihr Zahnfleisch zurückgegangen?
Beobachten Sie eine zunehmende Lockerung Ihrer Zähne? Ja Nein Ja Nein
- Hat sich Ihre Zahnstellung verändert, und haben sich dabei Lücken gebildet? Ja Nein
- Haben Ihre Eltern oder Geschwister Zähne frühzeitig durch Zahnlockerung verloren? Ja Nein
- Lassen Sie Ihre Zähne bereits professionell reinigen? Ja Nein
Haben Sie Interesse an Prophylaxe (Vorsorge)? Ja Nein
Haben Sie häufiger Rücken- oder Nackenschmerzen? Ja Nein
Haben Sie manchmal Schmerzen oder Knacken in den Kiefergelenken? Ja Nein
Haben Sie manchmal Schmerzen in der Kaumuskulatur? Ja Nein
- Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz? Ja Nein
Wenn ja, wie alt ist dieser:
- Tragen Sie Ihren Zahnersatz regelmäßig? Ja Nein
Sind Sie mit dem Aussehen und der Funktion Ihres Zahnersatzes (noch) zufrieden? Ja Nein
Können Sie alles essen (Äpfel, Eis, saure/süße Speisen, klebriges)? Ja Nein
Legen Sie neben der funktionellen Versorgung auch Wert auf ein ästhetisches (perfektes) Aussehen?
 sehr nicht so sehr überhaupt nicht
- Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? Ja Nein

Ihr persönlicher allgemeiner Gesundheitscheck

- Haben Sie eine Herzerkrankung? Ja Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen? Ja Nein
Haben Sie zu hohen Blutdruck? Ja Nein
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? Ja Nein
Neigen Sie zur Ohnmacht? Ja Nein
Nehmen Sie Marcumar / Gerinnungshemmer / ASS 100? Ja Nein
Haben Sie Blutungsneigung oder eine Bluterkrankung? Ja Nein
Haben Sie Rheuma oder Gicht? Ja Nein
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? Ja Nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Haben Sie eine Lebererkrankung (Hepatitis)? Ja Nein
Haben Sie eine Magen oder Darmerkrankung? Ja Nein
Haben Sie eine Nierenerkrankung? Ja Nein
Haben Sie eine Lungenerkrankung oder Asthma? Ja Nein
Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung (Krebs)?
(auch eine erfolgreich bekämpfte die ggf. schon länger her ist) Ja Nein
Nehmen Sie deswegen noch Medikamente oder bekommen Infusionen? Ja Nein
Wenn ja, welche:

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Ja Nein
Wenn ja, welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

(sollte hier nicht genug Platz sein notieren Sie diese bitte mit der Menge und den Einnahmezeiten auf einem separaten Blatt und legen Sie es in diesen Bogen ein)

Haben Sie irgendwelche Allergien? Ja Nein
Wenn ja, gegen was:

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? Ja Nein
Wenn ja, bei welchen:

Sind sie Raucher? Ja Nein
Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich:

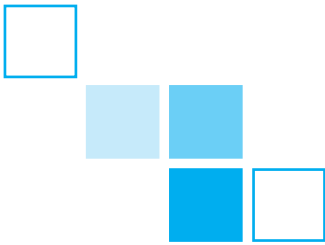
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in welcher Woche:

Sollten Sie bei Erkrankungen Angaben gemacht haben,
Wer ist Ihr Hausarzt, bzw. betreuender Facharzt:

Sie sind uns wichtig, was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Was haben Sie bei Ihrem vorherigen Zahnarzt vermisst?

Durch wen oder was wurden Sie auf uns aufmerksam?



Welche Beratungswünsche haben Sie

- Professionelle Zahnreinigung oder Prophylaxe
- Zahnästhetik oder Ihr Lächeln
- Zahnfarbige Keramikfüllungen
- Amalgamsanierung
- Implantate
- Korrektur eines falschen Bisses
- Laserbehandlung
- Sonstiges:

Ich versichere alle obigen Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben und bestätige, dass außer den oben erwähnten keine weiteren Erkrankungen vorliegen bzw. keine weiteren Medikamente von mir eingenommen werden. Jegliche Änderungen meines Gesundheitszustandes bzw. der von mir eingenommenen Medikamente teile ich umgehend der Praxis mit. Sollte ich eine Behandlung unter lokaler Betäubung wollen, so bestätige ich hiermit, dass ich über das minimale Risiko einer Nervschädigung im Unterkiefer aufgeklärt worden bin, und hierzu keinerlei weitere Fragen mehr habe.

Gummersbach, den

**Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters (ggf. Eltern)**

Bitte beachten Sie, dass wir eine reine Bestellpraxis führen. Termine sind daher exklusiv nur an einen Patienten vergeben und führen bei Nichterscheinen zu Leerzeiten.

Termine die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten mir in Rechnung gestellt werden können.

Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind, benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der ersten Behandlungssitzung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten von uns eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Bitte beachten Sie dass diese, wenn überhaupt, nur in geringen Teilen von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet wird.

Ich bestätige mein Einverständnis in die oben aufgeführten Vereinbarungen:

**Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen
Vertreters (ggf. Eltern)**