

Erstvorstellung

Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____
Geburtsdatum Geburtsort _____
Straße / Nr. PLZ / Ort _____
Tel. privat Tel. mobil _____
Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____
gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein
Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname Geburtsdatum _____
Straße / Nr. PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name Ort _____
Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte mindestens 24 Stunden vorher mit. Ansonsten müssen wir Ihnen gegebenenfalls die Ausfallzeit in Rechnung stellen.

Zahnarztpraxis am Kurpark



DR. BARTEL

[KOLLEGEN]

Für Privatpatienten

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalb fachen Gebührensatz abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- auf Empfehlung meines Hauszahnarztes
- auf Empfehlung von Bekannten
- Telefon- / Branchenbuch
- Zeitungsanzeige
- Überweisung von
- Internet, über die Seite
- Sonstiges

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie telefonisch von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Wenn ja, alle 6 Monate alle 12 Monate

Möchten Sie von uns über bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert werden, auch ja nein wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n

- Routinekontrolle
- Beratung zu Implantaten
- neuen Zahnersatz
- Beratung zu professioneller Zahnreinigung und Mundhygieneprogramm
- Schmerzbehandlung
- „zweite Meinung“
- andere Gründe: _____

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen

- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
Leber ja nein
Nieren ja nein
Schilddrüse ja nein
Magen-Darm-Traktes ja nein
Gelenke (Rheuma) ja nein
Wirbelsäule ja nein

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Haben oder hatten Sie

- hohen Blutdruck ja nein
niedrigen Blutdruck ja nein
Migräne ja nein
Fallsucht (Epilepsie) ja nein
eine Tumorerkrankung ja nein
Wenn ja, welche? _____
Asthma ja nein
Diabetes ja nein
Osteoporose ja nein
Zahnfleischbluten ja nein
Zahnfleischrückgang ja nein

- gelockerte Zähne ja nein
Ohrensausen / Tinnitus ja nein
Grünen Star ja nein
Tuberkulose ja nein
HIV (Aids) ja nein
Hepatitis ja nein
Wenn ja, welcher Typ? A B C
Allergien ja nein
Wenn ja, wogegen? _____

- Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein
Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein
Wenn ja, gegen welche? _____

Zum Schluss

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? ja nein
Neigen Sie zu Blutungen? ja nein
Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
Rauchen Sie? ja nein
Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? ja nein
Befinden Sie sich momentan in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen angefertigt? _____

Fragen / Anmerkungen:

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

_____ Datum

_____ Unterschrift