



Praxisgemeinschaft für Zahnheilkunde und Implantologie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre zahnärztliche Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren bestmöglich auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne ansprechen.

Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße, Ort, PLZ): _____

Telefon: _____

Hausarzt: _____

Krankenversicherung: _____

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- Zusatzversicherung: _____

Mitglied (Name, Vorname): _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? **Zutreffendes bitte ankreuzen.**

Herz/Kreislauf

- Hoher Blutdruck Wert: _____
- Niedriger Blutdruck Wert: _____
- Angina pectoris
- Herzinfarkt Wann? _____
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Sonstige _____

Gefäße

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Sonstige _____

Blut

- Gerinnungsstörungen
- Nachbluten nach Operationen
- Häufiges Nasenbluten
- Blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- Sonstige _____

Leber

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis A, B oder C?
- Gelbsucht
- Gallensteine
- Sonstige _____

Nieren

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- Dialysepflichtig
- Sonstige _____

Magen/Darm

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür
- Sonstige _____

Atemwege/Lunge

- Chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- COPD
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen
- Sonstige _____

Augen

- Grüner Star
- Grauer Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit
- Sonstige _____

Skelettsystem/Knochen

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- Künstliche Gelenke Wo? _____
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
- Sonstige _____

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten** behandelt?

Wegen welcher Krankheit? _____

Wann? _____

Mit welchem Präparat? _____

Stoffwechsel

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Sonstige _____

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- Essstörungen
- Sonstige _____

Allergien

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
 - Antibiotika Welche? _____
 - Schmerzmittel Welche? _____
 - Iod
 - Latex
 - Metalle Welche? _____
 - Sonstige _____
- Allergiepass vorhanden

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS, HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs
- Sonstige _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen

- Tumorerkrankungen Welche? _____
- Sonstige _____

Weitere Angaben

- Sind Sie schwanger? Monat: _____
- Rauchen Sie?
Wie viel pro Tag?: _____
- Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?
Vor wie viel Monaten/Jahren? _____
- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
Wie viel? _____
- Gerinnungshemmende Medikamente
Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z. B.:
 - Aspirin/ASS
 - Marcumar/Phenprocoumon
 - Plavix/Iscover/Clopidogrel
 - Ticlopidin
 - Sonstige _____

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
 - Herzmedikamente
 - Schmerzmittel
 - Rheumamittel
 - „Antibabypille“
 - Antidiabetika
 - Sonstige _____
- Ständige** ärztliche Behandlung
Weshalb? _____
- Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche
Behandlungsmaßnahmen, z. B. bei
 - Spritzen
 - Medikamenten
 - Sonstige _____

Auffälligkeiten im Mund/Zahn-Bereich

- Temperaturempfindliche Zähne
- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderungen der Zähne
- Zahnspange in der Vergangenheit
- Häufig durch den Mund atmen
- Zahnverluste durch Karies
- Zahnverluste durch Zahnlockerung
- Behandlung wegen Parodontitis Wann? _____
- Sonstige _____

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und einer regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir bieten Ihnen deshalb einen speziellen **Service zur Nachsorge** an, bei dem wir Sie telefonisch oder postalisch an die notwendigen Kontrolluntersuchungen erinnern. Möchten Sie diesen Service kostenlos in Anspruch nehmen?

- Ja
- Nein

Ihr Behandlungswunsch

- Ich möchte **möglichst kostengünstig**, soweit wie möglich innerhalb meiner Bezuschussungsrichtlinien versorgt werden, auch wenn dies manche modernen Behandlungsmethoden ausgrenzt. Bitte klären Sie mich über die wichtigsten Einschränkungen auf.
- Ich wünsche mir im Rahmen meiner Möglichkeiten eine moderne Betreuung durch Ihre Praxis. Ich bin bereit, für eine **über die Bezuschussungsrichtlinien hinausgehende** Untersuchung, Diagnose und ausführliche Beratung privat zuzuzahlen. Dafür möchte ich einen auf mich individuell zugeschnittenen Behandlungsplan unter wirtschaftlichen und fachlichen Kriterien.
- Ich wünsche mir von Ihnen eine Betreuung und Behandlung **nach allen Regeln der Kunst**. Ich möchte über die entstehenden Kosten vorab informiert sein, um die Bezuschussung mit meinem Kostenträger abzuklären.

Terminplanung

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 2 Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher, abzusagen.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

Für Neupatienten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bei welchem Zahnarzt waren Sie bisher in Behandlung?

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Untersuchung?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.

Datum _____

Unterschrift _____