



Name, Vorname (Patient/in)

Geb.-Datum

Telefon (tagsüber)

Handy-Nr.

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Krankenkasse

Name, Vorname (Mitglied)

Geb.-Datum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Beruf

Arbeitgeber

## Dürfen wir Ihnen ein wenig „auf den Zahn fühlen“?

Warum kommen Sie in unsere Praxis? Was ist Ihr Hauptanliegen?  Routineuntersuchung  Schmerzbeseitigung  Gebißsanierung

## Behandlungswunsch

### Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Möchten Sie ausführlicher beraten werden?  ja  nein

### Ich möchte mehr wissen über:

- Weiße Zähne  Keramik-Füllungen  Kunststoff-Füllungen  Vollnarkose-Behandlung  Kiefergelenkbehandlung  
 Neue Prothesen  Amalgam-Entfernung  Implantat-Versorgung  Festsitzenden Zahnersatz  Gesundes Zahnfleisch

### Was erwarten Sie von Ihrem Zahnarzt?

- hochwertige Arbeit mit Garantie  
 regelmäßige Kontrolle des Gebisses  
 Unterstützung bei eigener Zahnpflege

### Halten Sie sich anfällig für:

- Karies  Parodontose  beides  
 kaum anfällig  normal anfällig  sehr anfällig

## Regelmäßige Kontrolle

Um Ihre Zahngesundheit zu fördern und um Ihren erhöhten Zuschuß der Krankenkasse bei Zahnersatz zu sichern, können wir Sie auf Ihren Wunsch kostenlos alle 6 Monate per Postkarte an die notwendige Terminvereinbarung erinnern.

Ich wünsche diesen halbjährlichen Erinnerungsservice  ja  nein

Hinweis: Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, daß Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig - d.h. spätestens 24 Stunden vorher - ab, da wir Ihnen sonst die Kosten für die ungenutzte Zeit (Ausfallentgelt gem. §§ 304, 611, 615 BGB) in Rechnung stellen. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns die Krankenversicherten-Karte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Wird die Planung lt. Heil- und Kostenplan nicht durchgeführt, können Ihnen die Kosten nach GOZ-Pos. 003 berechnet werden.

Vorstehende Praxishinweise habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift / Patient(in)

# Anamnese - Hier wird's sehr persönlich



Liebe(r) Patient(in),

bei einer zahnärztlichen Behandlung kommen teilweise eine Vielzahl an Materialien, Medikamenten und anderen Substanzen zum Einsatz. Denken Sie zum Beispiel an Antibiotika, Schmerztabletten oder Metalle. Da nicht jeder Mensch alle eingesetzten Stoffe gleich gut verträgt, etwa weil die Leber- oder Herzfunktion eingeschränkt ist, bitten wir Sie, um eine evtl. Unverträglichkeit leichter zu erkennen, uns die folgenden Fragen zu beantworten.

Durch Ihre Mithilfe finden wir speziell für Sie die beste Therapielösung. Vielen Dank!

**Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?**  ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

**Wer ist Ihr Hausarzt oder Facharzt?**

Name / Anschrift / Telefon

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja, welche?

**Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen Verdacht auf Überempfindlichkeit?**

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Nehmen Sie Herzkapseln oder -spray? (z.B. Nitrolingual o. Digitalis-Präpar.)  ja  nein  
Liegt Ihr Blutdruck häufig über 160 zu 100?  ja  nein  
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen?  ja  nein  
Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?  ja  nein  
Hatten Sie schon einen Infarkt oder eine Herzmuskel-Entzündung?  ja  nein  
Wird Ihnen bei „Spritzen“ schnell schlecht?  ja  nein  
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? (z.B. Marcumar o. ASS)  ja  nein  
Haben Sie ein schwaches Herz oder einen Herzfehler?  ja  nein

## Stoffwechsel-Erkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)?  ja  nein  
Magen-Darm-Erkrankungen?  ja  nein  
Schilddrüsen-Erkrankungen?  ja  nein

## Erkrankungen des Nervensystems:

Depressionen / Psychosen?  ja  nein  
Neuralgie?  ja  nein  
Krämpfe?  ja  nein

## Sonstige Erkrankungen:

Haben Sie Asthma / Atemnot?  ja  nein  
Treten nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf?  ja  nein  
Sind Sie HIV positiv?  ja  nein  
Haben oder hatten Sie jemals eine Leberentzündung (Hepatitis A/B/C)?  ja  nein  
Haben Sie eine Lebererkrankung oder Leberzirrhose?  ja  nein

## Bemerkungen:

**Wurden im letzten Jahr Röntgen-Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?**  ja  nein

Unsere modernen Röntgengeräte arbeiten mit einer möglichst geringen Strahlendosis.

**Sind Sie schwanger?**  ja  nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich Ihrer vorstehenden Angaben mit.

Datum

Unterschrift / Patient(in)

