

Anmeldeformular / Gesundheitsfragebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Probleme unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne. **Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Patient

Name	_____
Vorname	_____
Geb.-Datum	_____
Geburtsort	_____
PLZ, Wohnort	_____
Straße	Nr.
_____	_____
Tel.	Fax
_____	_____
E-Mail	_____
Beruf	_____
Arbeitgeber	Tel.
_____	_____
Krankenkasse	_____

Hauptversicherter

Name	_____
Vorname	_____
Geb.-Datum	_____
Geburtsort	_____
PLZ, Wohnort	_____
Straße	Nr.
_____	_____
Tel.	Fax
_____	_____
E-Mail	_____
Beruf	_____
<input type="checkbox"/> privatversichert	<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	

Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis? _____

Weshalb kommen Sie zur Behandlung? _____

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? _____

Wünschen Sie besondere Beratung über:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| • zeitgemäße hochwertige zahnmedizinische Versorgungen, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen / Erstattungsstellen nicht oder nur teilweise übernommen werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • unser systematisches Individualprophylaxe-Programm zur Vermeidung von Karies und Parodontose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Regeneration und Gesunderhaltung des Zahnfleisches (Parodontitisbehandlung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zahnärztliche Implantate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Besondere Verfahren der ästhetischen Zahnmedizin, z.B. keramische Verblendschalen (Veneers), Zahnfarbenaufhellung (Bleaching) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne, kurz Ihrem „Lächeln“ zufrieden? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Haben Sie häufig Kopf- und/oder Nackenschmerzen?

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?

Fragen zu vorhandenen Erkrankungen

	ja	nein		ja	nein
1. Haben Sie Kreislauferkrankungen (zu hohen/zu niedrigen Blutdruck, Schwindel, Ohnmacht). Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knochenkrankheiten (z.B. Osteoporose) – Anfallsleiden, Krampfanfälle (Epilepsie) – Magen-Darmerkrankungen – Immunschwäche (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens. – angeborene oder erworbene Herzfehler – Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen – Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) – Herzoperationen – Herzinfarkt / Angina pectoris – Herzrhythmusstörungen – Sonstiges: _____ – Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Vertragen Sie bestimmte Medikamente/Spritzen nicht? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Bestehen z.Zt. sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen? – Zuckerkrankheit (Diabetes) – Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen) – Allergien (z.B. Heuschnupfen) – Schilddrüsenerkrankungen – Lungenerkrankungen/Asthma/Tuberkulose – Lebererkrankungen/Gelbsucht/Hepatitis – Rheuma/rheumatisches Fieber – Nierenerkrankungen/Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Wurden Sie bereits regelmäßig wegen einer Krankheit mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt? Wann? _____ Woran? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? ungewiß <input type="checkbox"/> Woche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollte sich Ihr Gesundheitszustand im Laufe der Zeit verändern, bitten wir Sie, uns das zu Ihrer eigenen Sicherheit mitzuteilen, so daß wir ggf. auf die veränderte Situation eingehen können.

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? Name _____ Tel.: _____

Sollte im Rahmen Ihrer Behandlung eine Betäubung/Lokalanästhesie notwendig sein, beachten Sie bitte, daß eine Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstauglichkeit möglich ist, und Sie daher im Straßenverkehr besonders vorsichtig sein sollten. Weiterhin weise ich Sie darauf hin, dass es bei der örtlichen Betäubung des Unterkiefers in sehr seltenen Fällen zu Nerv-Verletzungen mit daraus folgender Taubheit der Zunge bzw. Unterlippe kommen kann. Die alternative Betäubung direkt am Zahn (intragamentäre Anästhesie) umgeht in aller Regel das Risiko der Nerv-Verletzung, führt aber gelegentlich zu vorübergehenden Aufbiss-Schmerzen der betreffenden Zähne. Außerdem lässt sich damit nicht immer völlige Schmerzfreiheit erreichen.

Mit einer örtlichen Betäubung bin ich nach Aufklärung über o.g. Risiken einverstanden.

Hinweis zur Organisation:

Diese Praxis wird nach einem Terminsystem geführt. Das bedeutet, die vereinbarte Zeit ist für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. In der Regel entstehen für Sie daher keine oder nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorgesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, daß Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitte ich um Ihr Verständnis. Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitte ich Sie umgehend um Benachrichtigung, damit die Zeit anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls bin ich berechtigt, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen (§§ 304,615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalls (z.B. Schmerzen) kurzfristig einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe und freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.