

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. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Hausarzt Name/Telefon: _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

Haben sie eine Pflegestufe/Pflegegrad _____

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif Zahnzusatzversicherung beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens **24 Stunden** vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühre nach geltender Satzung berechnen.

Aufklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Lokalanästhesie (örtliche Betäubung), dient der Ausschaltung der Schmerzempfindung. Durch sie können notwendige Behandlungen schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren ist, können in seltenen Fällen Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten auftreten. Diese können sein u.a. Hämatome (Bluterguss), Nervenschädigung, Verkehrstüchtigkeit, Selbstverletzung und allergische Reaktionen.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige Internet

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

Routinekontrolle neuen Zahnersatz
 Beratung „zweite Meinung“
 Schmerzbehandlung andere Gründe:

Medikamente: Nehmen Sie ...

Herzmedikamente Cortison
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar®,ASS?
 Bisphosphonat andere Medikamente:

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Für unsere Patientinnen

Sind sie Schwanger ja nein Woche? _____

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

Allergien

Haben Sie Allergien? Wenn ja, wogegen? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen
Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Anamnesebogen



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

Auf mich trifft folgendes zu ...

- eine Tumorerkrankung ja nein
eine Strahlentherapie ja nein
eine Chemotherapie ja nein
hohen Blutdruck ja nein
niedrigen Blutdruck ja nein
Diabetes ja nein
Zahnfleischbluten ja nein
Ohrensausen / Tinnitus ja nein
Epilepsie ja nein
Grünen Star ja nein
Tuberkulose ja nein
Osteoporose ja nein
HIV (Aids) ja nein
Hepatitis ja nein
Wenn ja, welcher Typ? A B C
Allergien ja nein
Wenn ja, wogegen? _____
Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

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

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
Rauchen Sie? ja nein
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Fragen / Anmerkungen:

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meines Informationsstand gemacht habe und die Aufklärungen/ Hinweise verstanden habe. Ich gebe mein Einverständnis zur zahnärztlichen Lokalanästhesie.

Datum Unterschrift