

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

um Ihren Besuch bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Teilen Sie uns bitte künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

1. PERSÖNLICHE ANGABEN:

Patientin/Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort

Name der versicherten Person, falls dieser abweicht:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort

Adresse: _____

Telefon: _____

Festnetz
Mobiltelefon

E-Mail: _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Ihre Krankenkasse: _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

2. RISIKOANAMNESE:

Bitte geben Sie uns Auskunft über Ihren Gesundheitszustand:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (<i>Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe, Bluthochdruck</i>) | <input type="checkbox"/> hormonelle Erkrankungen (<i>Diabetes</i>) |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (<i>HIV, Hepatitis, Tuberkulose</i>) | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen (<i>COPD, Asthma</i>) |
| <input type="checkbox"/> chronische Erkrankungen (<i>Rheuma, MS, Krebs, Epilepsie etc.</i>) | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (_____ . Monat) |
| <input type="checkbox"/> künstliche Gelenke (<i>Knie, Hüfte etc.</i>) | |



- Augenerkrankung (Grüner Star) Osteoporose
- Allergien, wenn ja, welche? _____
- Arzneimittelüberempfindlichkeiten, wenn ja, welche? _____
- Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____
- _____
- Rauchen Sie? Sind Sie drogenabhängig?
- Sonstige Erkrankungen: _____
- _____

3. ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE:

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

aktuell: _____ langfristig: _____

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____

- Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft? Ja nein
- Haben Sie Zahnersatz? Ja, seit wann _____ nein
 herausnehmbar festsitzend
- Haben Sie Implantate? Ja, seit wann _____ nein
- Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja nein
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen und Verspannungen? Ja nein

Haben Sie Interesse an:

- Prophylaxe/professioneller Zahnreinigung Bleaching /Aufhellen der Zähne
- Fissurenversiegelung neuem Zahnersatz Funktionsanalyse/Kiefergelenksdiagnostik

4. RECALLSYSTEM:

Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja nein

Wir bieten Ihnen den Service, Sie an Ihre jährliche Kontrolluntersuchung zu erinnern, damit ihr Bonus nicht verloren geht.

Möchten Sie an die jährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden? Ja nein