

Informations- und Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst gewissenhaft aus, damit wir Ihnen optimal helfen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Persönliche Daten:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Str., Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherter (z.B. bei Kindern):

Name: _____

Vorname: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Beruf: _____

Geb.-Datum: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Büro: _____ Tel. Mobil: _____

Bitte kreuzen Sie an:

Versicherung

gesetzlich
freiwillig versichert

Beihilfeberechtigt
privat

Standardtarif versichert
in einer privaten Krankenkasse

Kommen Sie wegen...

einer Routinekontrolle
einer gründlichen Untersuchung
einer Sanierung

Einer Amalgamsanierung
einer Beratung
Schmerzen
einem besonderen Problem

Bitte erläutern Sie: _____

Patienteninformation

Informations- und Anamnesebogen (2)

Haben Sie einen ästhetischen Wunsch z.B. dunkle Füllungen austauschen?

Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Haben Sie gelegentlich oder häufig Zahnfleischbluten? gelegentlich häufig

Bemerken Sie bei sich Mundgeruch?

Benutzen Sie Zahnseide oder andere zahnmedizinische Hilfsmittel zur Zahnpflege?

Wenn ja, welche: _____ Wie oft? _____

Sind wir Ihnen empfohlen worden? ggf. durch wen?

Wie sind Sie sonst auf uns aufmerksam geworden?

Hatten Sie schon einmal eine Zahnfleischbehandlung? Wann ? _____

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht?

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung machen lassen? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Sind Sie tagsüber oft müde? ja nein

Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Mundöffnen, Gähnen, Kauen? ja nein

Sind einzelne Zähne besonders:

- temperaturempfindlich? ja nein

- aufbissempfindlich? ja nein

Sind Sie Raucher? ja nein

Patienteninformation

Informations- und Anamnesebogen (3)

Pressen oder Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie oft Stress? ja nein *

Haben Sie gelegentlich oder oft:

- Nackenverspannungen/Kopfschmerzen ja nein

- Ohrenschmerzen ja nein

- Ohrensausen/Tinnitus ja nein

- Orthopädische Probleme ja nein

Sind oder waren Sie in orthopädischer oder physiotherapeutischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, weswegen? _____

Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Name des Hausarztes: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

Für Patientinnen:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein

Tragen Sie Implantate (Zahn, Hüfte oder sonstiges) ja nein

Leiden oder litten Sie an:

Herzerkrankung * Lebererkrankung/ Kreislaufbeschwerden Diabetes *

Hepatitis A/B/C HIV Lungenerkrankung *

Nierenerkrankung Atemwegserkrankung * Tuberkulose

Asthma Magenerkrankung Rheuma

Epilepsie Bulimie*/ Magersucht Chronische * Atemwegsbeschwerden

Schlaganfall * Multiple Sklerose * Blutungsneigung oder Blutgerinnungsstörungen

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Allergien? Wenn ja, welche? _____

Patienteninformation

Informations- und Anamnesebogen (4)

Treten oder traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf ?

Wenn ja, welche?

Haben Sie hohen Blutdruck? ja nein RR

Haben Sie niedrigen Blutdruck? ja nein RR

Andere Erkrankungen:
Welche?

Ich möchte kostenlos in die Recall - Liste
(Erinnerungsservice) aufgenommen werden? ja nein

Wichtige Hinweise:

Die sorgfältige Beantwortung der Fragen ist sehr wichtig für die optimale Anpassung unserer Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge. Im Zweifelsfall bitten wir Sie, uns zu fragen. Wir sind Ihnen gern behilflich.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4 -6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Weiterhin werde ich darauf hingewiesen, dass zu den vereinbarten Terminen Zeit für mich reserviert wird. Vereinbarte Termine sollen deswegen unbedingt eingehalten bzw. 48 Stunden vorher abgesagt werden. Diese Termine sind jeweils für eine spezifische Behandlung angepasst und können in der Regel nicht ohne weiteres ausgetauscht werden.

Nicht eingehaltene Termine müssen in Rechnung gestellt werden. Diese Regelung soll für geringe Wartezeiten und einen optimalen Behandlungsfluss sorgen.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis.

_____, den _____ Unterschrift: _____