

Bisphosphonate

Haben oder hatten Sie jemals eine orale oder intravenöse Bisphosphonattherapie (z.B. bei Osteoporose oder Krebserkrankungen) oder Einnahme von Denosumab oder Bevacizumab?

nein ja Wann?

Allgemeine Angaben

Regelmäßige Medikamente nein ja Medikamentenliste?

Schwangerschaft nein ja In welcher SSW?

Drogenkonsum nein ja Zigaretten Alkohol Andere

Frühere Röntgenuntersuchungen nein ja Welche/Wann? Pass

Frühere Parodontitisbehandlung nein ja Wann?

Zahnfleischbluten nein ja

Mundgeruch oder schlechter Geschmack im Mund? nein ja

Alter des Zahnersatzes, falls vorhanden? nein ja ca:

Hatten Sie je eine Mund-, Kiefer-, Gesichtsfraktur? nein ja Wann?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? nein ja Wann?

Geräusche im Kiefergelenk? nein ja

Haben Sie Schmerzen im Kopf- oder Nackenbereich? nein ja

Wünschen Sie eine Behandlung in örtlicher Betäubung? nein ja

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

Hatten Sie Operationen in den letzten Monaten? (z.B. künstliche Gelenke, Transplantate etc.) nein ja

Wenn „ja“, wann und woran wurden Sie operiert?

Wichtige Informationen

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen meines Gesundheitszustandes zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Datum Unterschrift Patient(in) und Zahlungspflichtige(r) / Erziehungsberechtigte(r) / gesetzl. Betreuer(in)

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir Ihnen in allen Fragen der Zahnheilkunde optimal zur Seite stehen können, brauchen wir einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Informationen erfassen wir in unserem Anamnesebogen. Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns im Rahmen unserer ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt und nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis an Dritte weitergegeben.

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig aus. Vielen Dank, Ihr Praxisteam.

Persönliches

(Patient) Vorname/Nachname: Geschlecht: W M Geboren am: Geburtsort:

Straße/Hausnummer: PLZ/Ort:

Telefon: Mobil: E-Mail:

Beruf: Arbeitgeber:

Mitglied/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Betreuer

(Patient) Vorname/Nachname: Geschlecht: W M Geboren am: Geburtsort:

Straße/Hausnummer: PLZ/Ort:

Telefon: Mobil: E-Mail:

Beruf des Mitgliedes: Arbeitgeber:

Krankenversicherung

Krankenkasse oder Versicherung:

- Ich bin gesetzlich versichert Ich bin freiwillig versichert Ich bin Basistarif-Versicherte/r
 Ich bin privat versichert Ich bin zuschussberechtigt Ich bin Standardtarif-Versicherte/r
 Ich bin privat zusatzversichert Ich habe die Kostenerstattung nach 13 SGB V gewählt
 Ich bin nicht versichert

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihre Zahnärztin ihre Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder sie noch ihre Mitarbeiter sind in dieser Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlung nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb rechtzeitig (d.h. möglichst 48 Stdn. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

Bei mehrmaligen Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr vergeben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB §287 ZPO berechnet werden.

Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin oder Kinderarzt/-ärztin

Name: Straße/Hausnummer:

Telefon: PLZ/Ort:

Einverständniserklärung

Hat der Patient das **18. Lebensjahr noch nicht beendet**, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die **Einverständniserklärung** des Erziehungsberechtigten notwendig! Mit dieser erklären Sie sich bereit, dass für die Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis bei Bedarf eine örtliche Betäubung durchgeführt und bei medizinischer Indikation Röntgenbilder angefertigt werden können.

Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung Telefonbuch Internet sonstiges

Was haben Sie bisher beim Zahnarzt am meisten vermisst?

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung berücksichtigen?

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Amalgamalternativen
 Zahnaufhellung (Bleaching) Parodontitisbehandlung Sonstiges
 Implantate Ästhetische Zahnheilkunde

Kontrolltermin und Terminbestätigung

Möchten Sie an Ihrem Kontrolltermin per Brief erinnert werden? ja nein

Bitte erinnern Sie mich an meinen Termin per SMS? ja nein Mobilnummer:

Herz- und Kreislauferkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie) nein ja Medikamente:

Niedriger Blutdruck (Hypertonie) nein ja Medikamente:

Herzklappenerkrankung/-ersatz nein ja Medikamente:

Herzinfarkt ja nein Weniger als 6 Monate mehr als 6 Monate

Stent ja nein Weniger als 6 Monate mehr als 6 Monate

Schlaganfall ja nein Weniger als 6 Monate mehr als 6 Monate

Herzschrittmacher ja nein

Endokarditisprophylaxe ja nein Pass Medikamente:

Amoxicillin Clindamycin andere:

Infektionserkrankungen

Hepatitis (Gelbsucht) nein ja Welche? Medikamente:

HIV/Aids nein ja Medikamente:

Tuberkulose nein ja Medikamente:

Andere Infektionserkrankungen (z.B. MRSA) nein ja Welche? Medikamente:

Andere Immunerkrankungen nein ja Welche? Medikamente:

Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika nein ja Welche?

Antibiotika nein ja Welche?

Schmerzmittel nein ja Welche?

Jod nein ja Welche?

Andere Allergien nein ja Welche?

Allergiepass nein ja Wenn möglich, bitte zum 1. Termin mitbringen

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen nein ja Weshalb? angeboren durch Medikamente Pass

Wenn „ja“, welche Medikamente nehmen Sie ein: ASS Marcumar Xarelto andere:

Thalassämie (Mittelmeeranämie) nein ja Medikamente:

Osteoporose nein ja Medikamente:

Epilepsie nein ja Medikamente:

Diabetes nein ja Medikamente:

Nierenerkrankung nein ja Medikamente:

Grüner Star nein ja Medikamente:

Ohnmachtsneigung nein ja Medikamente:

Psychische Erkrankungen nein ja Medikamente:

Tumorerkrankung nein ja Medikamente:

Lungenerkrankungen nein ja Welche? Medikamente:

Schilddrüsenerkrank. nein ja Welche? Medikamente:

Rheuma nein ja Welches? Medikamente:

Asthma nein ja Welches?

Wenn „ja“ chronisch allergisch Medikamente:

Sonstige Erkrankungen nein ja Welche? Medikamente: