

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,** wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und heißen Sie recht herzlich willkommen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Anliegen unterhalten, benötigen wir Ihre Personalien und einige Angaben.

**Patient:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

**Mitglied:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

**Anschrift:** Strasse/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

**Telefon:** Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Dienstlich: \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Versicherung:** Krankenkasse : \_\_\_\_\_

Gesetzlich:  Ja  Nein Freiwillig:  Ja  Nein Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Private Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Basistarif:  Ja  Nein

**Auf wessen Empfehlung kommen Sie?** \_\_\_\_\_

Auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten. Bei eventuellen Schwierigkeiten wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Risikoanamnese (Bitte ankreuzen)

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?

Wenn „ja“, aus welchem Grund? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn „ja“, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Aspirin:  Ja ASS:  Ja Marcumar:  Ja Triclopidin:  Ja Clopidogrel:  Ja Plavix:  Ja

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente empfindlich?

Wenn „ja“, gegen welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Hatten Sie Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?  Ja  Nein

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Wenn „ja“, welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? \_\_\_\_\_

Nennen Sie uns bitte Ihren Hausarzt? \_\_\_\_\_

## Ihr Anliegen (Bitte ankreuzen)

Kontrolluntersuchung  Zahnschmerzen  Zahnfleischbluten  Kiefergelenksbeschwerden

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Leiden Sie an (Bitte ankreuzen)

### Herz-/Kreislaufkrankungen:

- Herzfehler                       Angina pectoris                       Herzinfarkt                       Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung       künstliche Herzklappe               Herzschrittmacher               hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck               Rhythmusstörungen               Ohnmachtsneigung

### Erkrankungen des Blutes:

- Gerinnungsstörungen

Lebererkrankung

Nierenerkrankung

### Zuckerkrankheiten:

- Diabetes mellitus Typ I               Diabetes mellitus Typ II

Rheuma

Arthrose

### Stoffwechselerkrankung:

- Schilddrüsenüberfunktion               Schilddrüsenunterfunktion

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie solche

Medikamente in der Vergangenheit eingenommen?  Ja     Nein

### Augenerkrankung:

- Grüner Star                       Grauer Star

### Allergien:

- Asthma                       Sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

Geschlechtskrankheiten

Anfallsleiden, z.B. Epilepsie

**Infektionskrankheiten:**  Hepatitis

Tuberkulose

HIV

Aids

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

## Sie wünsche eine Beratung über ... (Bitte ankreuzen)

professionelle Zahnreinigung (Prophylaxe)     Zahnaufhellung (Bleaching)     Zahnersatz oder Füllungstherapie     Implantate

zahnärztliche Hypnose (für Angstpatienten oder für entspannte Zahnheilkunde)

Sollen wir Sie für Kontrolltermine anschreiben?  Ja, alle 4 Monate               Ja, alle 6 Monate               Nein

Lieber Patient, wir nehmen uns für Sie Zeit und Ruhe. Damit auch für Andere keine unnötigen Wartezeiten entstehen, bitten wir Sie um pünktliches Erscheinen. Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab. Bei Fernbleiben ohne rechtzeitige Absage sind wir gezwungen, Ihnen die für uns entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen (50 Euro / 30 Min.) Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben. Vielen Dank.

Düsseldorf, \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_