

Für Ihr Lächeln



Dr. Stephan **Klotz**
Dr. Carsten **Rien**

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Wir möchten Sie bitten in den folgenden Zeilen Ihre Personalien einzutragen.

Name, Vorname Geb.

Versicherte/r Geb.

Straße Wohnort/PLZ

Telefon privat Telefon beruflich

Mobiltelefon E-Mail

Beruf

Versichert: Gesetzlich Krankenkasse

Zusatzversicherung Welche?

Privat Krankenkasse

Basis- oder Standardtarif Beihilfe

Erst-Anamnese

Damit wir bei der Untersuchung, Beratung und Behandlung gezielt auf Ihre Wünsche und Erfahrungen eingehen können, hätten wir gerne einige Informationen von Ihnen.

1. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch:

2. Anlass Ihres Besuchs? Kontrolle Beratung
 Beschwerden Zweitmeinung

JA **NEIN**

3. Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? ————— —————

4. Sind Ihnen an Zähnen oder Zahnfleisch Dinge aufgefallen, zu denen Sie Fragen haben? ————— —————

5. Beobachten Sie bei sich manchmal Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang? ————— —————

6. Haben Sie empfindliche Zähne, z.B. bei kalt oder süß? ————— —————

7. Sind Ihnen gesunde Zähne wichtig? ————— —————



- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8. Ist Ihnen professionelle Zahnreinigung/Prophylaxe bekannt? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Möchten Sie informiert werden, wie Sie Ihre Zähne gesund erhalten können? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Falls Sie festen oder herausnehmbaren Zahnersatz tragen:
Sind Sie damit zufrieden? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie alt ist der Zahnersatz? | | |
| 11. Haben Sie Probleme mit Kiefergelenk, Muskelverspannungen oder Ihrem Biss? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Pressen oder Knirschen Sie mit Ihren Zähnen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? | | |
| 14. Sind Ihre Zähne in den letzten 2 Jahren geröntgt worden?
Wenn ja, bei wem? | | |

Gesundheits-Anamnese

Da Umstände aller Art Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben können, ist es von besonderer Wichtigkeit, dass Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand sorgfältig und wahrheitsgemäß beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie oder waren Sie in den letzten 2 Jahren aufgrund von Erkrankungen in ärztlicher Behandlung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nehmen Sie Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung (z.B. ASS, Marcumar)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? _____
Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? _____
(z.B. Medikamente, Betäubungsmittel, Latex, Haushaltsreiniger) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie einen Allergiepass? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie ein Endokarditisrisiko (z.B. defekte oder künstliche Herzklappe)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? _____
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen:

JA

NEIN

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden/Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsanfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thromboseneigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma/rheumatische Arthritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rückenproblemen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bluterkrankungen (z.B. Leukämie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumoren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grauer Star | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

10. Sind Sie schwanger?

11. Hatten Sie Verletzungen oder Operationen im Kiefer-Gesichtsbereich?

12. Haben Sie Probleme bei Betäubungen?

13. Hatten Sie bei Zahnoperationen Nachblutungen?

14. Leiden Sie an Würgereiz?

Wir möchten uns stets Zeit für Sie nehmen und reservieren feste Termine für Sie. Wir bitten Sie daher, Termine, welche Sie nicht wahrnehmen können, möglichst 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Terminversäumnis behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar nach §615 BGB zu erheben.

Wir bieten in unserer Praxis den Service, Sie 24 Stunden vor einem längeren Termin, telefonisch an diesen zu erinnern.

Ihre Unterschrift für Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben und die Kenntnisnahme der Begleitinformationen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift