

Sehr geehrte Patienten,

sehr viele allgemeingesundheitlichen Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen – mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit der Röntgen – Panoramaaufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn-/Mundbereiches helfen zu können.

Um für Sie eine reibungslose und effektive Erstuntersuchung zu gewährleisten, ist es für uns wichtig, im Voraus über Ihre Beschwerden, Ihren Mund- und Gesundheitszustand und Ihre Wünsche informiert zu sein.

Name, Vorname

geb.

Straße

Telefonnummer

Wohnort

Versicherter

Name, Vorname

geb.

Straße

Telefonnummer

Wohnort

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

 Ja

 Nein

Arbeitgeber:

Ihre E-Mail Adresse:

Haben / hatten sie eine der folgenden Krankheiten?

Ja

Nein

- Asthma, Bronchitis
 Zuckerkrankheit
 Blutgerinnungsstörung
 Herzinfarkt
 Schlaganfall
 Nehmen Sie Marcumar?

Ja

Nein

- Osteoporose
 HIV-Infektion
 Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
 Störung von Magen/Darm
 Entzündung der
 Nasennebenhöhlen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein
 Wenn ja, welche?

Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw.
 Materialien? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Sonstige Angaben, andere Krankheiten:

Für Frauen:

Ja Nein **Besteht eine Schwangerschaft?**

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch: Familienangehörige Bekannte Berufskollegen Zeitung

Internet

Sonstiges:

Anliegen:

Bitte schildern Sie uns kurz Ihr Anliegen, z.B. Schmerzen, Implantate, Amalgam-Sanierung, Kontrolle, usw.:

Akute Beschwerden:

Sind akut Schmerzen im Zahn-/Mundbereich vorhanden? Wenn ja, seit wann?

Zahnärztliche Anamnese:

Welche Behandlungen wurden in den letzten 3 Jahren im Zahn-/Mundbereich durchgeführt?

Kiefergelenk:

Leiden Sie unter Beschwerden und Schmerzen im Kiefergelenksbereich (Knacken, Knirschen) ?

Leiden Sie chronisch unter Kopfschmerzen oder Migräne? Wenn ja, wie oft und in welchem Bereich des Kopfes?

Gefahren durch Amalgam und Metalle im Mund:

Wünschen Sie Informationen zu Risiken von Amalgam und Metallen im Mund?

Bitte senden Sie diesen Plan vor Ihrem 1. Termin an unsere Praxis zurück (siehe Kontaktdaten unten!)

Bitte informieren Sie mich rechtzeitig (spätestens 24 Std. vorher), wenn Sie einen Termin nicht einhalten können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben und erkläre mich einverstanden, dass die Daten zum Zwecke der Abrechnung an Dritte weitergegeben werden. Ich entbinde den Zahnarzt hierfür von seiner Schweigepflicht.

Ich erkläre mich einverstanden, Informationen über Neuigkeiten und Veranstaltungen der Praxis per Email zu empfangen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter