

ANMELDUNG

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne! Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir führen eine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass für Sie keine oder fast keine Wartezeiten entstehen. Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Kassenpatienten sind bei uns genauso Patienten erster Klasse wie privat versicherte Patienten!

Wir setzen uns für die optimale Zahnpflege und Zahnerhaltung eines jeden unserer Patienten ein. Jedoch werden viele unserer Behandlungsmethoden nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt. In der Regel werden Sie anteilig persönlich für die Behandlung aufkommen müssen. Wir informieren Sie vor der Behandlung bei uns über den Umfang dieser Leistungen, die Ihnen auch als Kassenpatient die Möglichkeiten einer zahnärztlichen Behandlung auf dem höchsten, aktuellen und wissenschaftlich fundierten Niveau eröffnet.

Um ein gleichbleibend hohes Behandlungsniveau gewährleisten zu können, müssen wir in einzelnen Fällen den 3,5-fachen Satz GOZ überschreiten. Sollte für Ihre Behandlung der Fall sein, werden Sie darüber im Vorfeld informiert.

.....
Unterschrift Patient

PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Straße & Nr.
Ort & PLZ	E-Mail
Telefon	Mobil
Beruf	Arbeitgeber

AUSKUNFTSBERECHTIGTER

Vorname	Nachname
---------	----------

WIE SIND SIE VERSICHERT?

<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Beihilfe
---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---	---	-----------------------------------

ALS FAMILIENANGEHÖRIGER MITVERSICHERT (FAMILIENVERSICHERUNG)

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Straße & Nr.
Ort & PLZ	Mobil

GRUND IHRES BESUCHES

<input type="checkbox"/> Kontrolle	<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Schöne Zähne	<input type="checkbox"/> Saubere Zähne	<input type="checkbox"/> Gerade Zähne	<input type="checkbox"/> Neue Zähne
------------------------------------	--	---------------------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------------------

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Vorname	Nachname	Alter
Hausarzt	letzte ärztliche Untersuchung	Fachgebiet
Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein?		
ausgezeichnet	gut	mittelmäßig
schlecht		

HABEN/ERHALTEN SIE DERZEIT ODER HATTEN/ERHIELTEN SIE IN DER VERGANGENHEIT:

Ja Nein

1. Krankenhausaufenthalt wegen Krankheit oder Verletzung
2. Allergische Reaktion auf
 - Aspirin, Ibuprofen, Paracetamol, Codein
 - Penicilin, Erythromycin
 - Tetracyclin
 - Sulfonamide
 - Lokalanästhetikum
 - Fluorid
 - Metalle: Nickel, Gold, Silber, ...
 - Latex
 - Sonstiges
3. Herzprobleme oder kardialen Stent innerhalb der vergangenen 6 Monate
4. infektiöse Endokarditis
5. Künstliche Herzklappe, reparierten Herzdefekt (PFO)
6. Herzschrittmacher oder implantierten Defibrillator
7. Orthopädisches Implantat (Gelenkersatz)
8. Rheumatisches Fieber oder Scharlach
9. Hohen oder niedrigen Blutdruck
10. Schlaganfall (Einnahme von Blutverdünnern)
11. Anämie oder andere Blutkrankheit
12. Verlängerte Blutungszeit bei einer kleinen Verletzung (INR > 3,5)
13. Emphysem, Kurzatmigkeit, Sarkoidose
14. Tuberkulose, Masern, Windpocken, chron. Ohrinfektionen
15. Asthma
16. Atem- oder Schlafprobleme (z. B. Schlafapnoe, Schnarchen, Sinusitis)
17. Nierenkrankheit
18. Leberkrankheit
19. Gelbsucht
20. Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenkrankung oder Kalziummangel
21. Hormonmangel
22. Hohen Cholesterinspiegel oder Einnahme von Statinen
23. Diabetes (HbA1c =)
24. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür
25. Verdauungsprobleme (z. B. Zöliakie, gastrischer Reflux)
26. Osteoporose/Osteopenie (Einnahme v. Bisphosphonaten)

Ja Nein

27. Arthritis
28. Autoimmunkrankheit (z. B. rheumatoide Arthritis, Lupus, Sklerodermie)
29. Glaukom
30. Kontaktlinsen
31. Kopf- oder Nackenverletzungen
32. Epilepsie, Schüttelanfälle (Krämpfe)
33. Neurologische Störungen (ADD/ADHD, Prionkrankheit)
34. Virale Infektionen und Fieberbläschen
35. Geschwüre oder Schwellungen im Mund
36. Nesselsucht, Hautausschlag, Heuschnupfen
37. Sexuell übertragbare Infektionen oder Krankheiten/humane Papillomviren
38. Hepatitis Typ
39. HIV/AIDS
40. Tumor, abnorme Wucherung
41. Bestrahlungstherapie
42. Chemotherapie, Immunsuppressiva
43. Emotionale Schwierigkeiten
44. Psychiatrische Behandlung
45. Antidepressiva
46. Alkohol-/Drogenkonsum
47. Sind Sie derzeit aufgrund einer anderen Erkrankung in Behandlung?
48. Ist Ihnen in den vergangenen 24 Stunden eine Veränderung Ihres Gesundheitszustandes aufgefallen? (z. B. Fieber, Schüttelfrost, neu auftretender Husten oder Durchfall)
49. Nehmen Sie Medikamente zur Gewichtskontrolle ein?
50. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?
51. Fühlen Sie sich oft erschöpft oder müde?
52. Leiden Sie unter regelmäßig auftretenden Kopfschmerzen?
53. Rauchen Sie derzeit, haben Sie früher geraucht oder verwenden Sie rauchlose Tabakprodukte?
54. Sind Sie sehr empfindlich/sensibel?
55. Sind Sie oft unglücklich oder deprimiert?
56. WEIBLICH – Nehmen Sie Empfängnisverhütungsmittel ein?
57. WEIBLICH – Sind Sie schwanger? Entbindungstermin:
58. MÄNNLICH – Haben Sie eine Prostatastörung?

Gibt es eine derzeitige medizinische Behandlung, bevorstehende Operation, genetische/entwicklungsbedingte Verzögerung oder sonstige Behandlung, die möglicherweise Auswirkungen auf Ihre zahnmedizinische Behandlung haben könnte. (i.e. Botox-, Kollageninjektionen)

Führen Sie alle Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder Vitaminpräparate auf, die Sie innerhalb der vergangenen zwei Jahre eingenommen haben. (Präparate & Grund)

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

ZAHNMEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Vorname	Nachname	Alter		
Überwiesen von	letzte Zahnuntersuchung	letzte Behandlung		
Wie bewerten Sie den Zustand Ihres Mundes?	ausgezeichnet	gut	mittelmäßig	schlecht
Ich gehe zum Zahnarzt	3 Monate	6 Monate	12 Monate	nicht regelmäßig

Ja Nein

PERSÖNLICHE VORGESCHICHTE

1. Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Behandlungen? nein viel
2. Hatten Sie schon einmal eine schlechte Erfahrung bei einer Zahnbehandlung?
3. Hatten Sie in der Vergangenheit Komplikationen bei einer Zahnbehandlung?
4. Hatten Sie schon einmal Probleme mit der Betäubung oder Nebenwirkungen mit einem örtlichen Betäubungsmittel?
5. Hatten Sie schon einmal eine Zahnspange, eine kieferorthopädische Behandlung oder eine Bisseinstellung?
6. Wurden Ihnen schon einmal Zähne gezogen?

ZAHNFLEISCH & KNOCHEN

7. Haben Sie Zahnfleischbluten oder Schmerzen beim Reinigen mit Zahnbürste oder Zahnseide?
8. Wurden Sie schon einmal aufgrund einer Zahnfleischerkrankung behandelt oder wurde Ihnen gesagt, dass Sie Knochen-schwund an den Zähnen haben?
9. Haben Sie schon einmal einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund bemerkt?
10. Haben Sie ein Familienmitglied mit einer Vorgeschichte von Parodontalerkrankungen?
11. Ist bei Ihnen schon einmal ein Zahnfleischrückgang aufgetreten?
12. Haben sich bei Ihnen in der Vergangenheit Zähne allein (ohne eine Verletzung) gelockert oder haben Sie Schwierigkeiten, einen Apfel zu essen?
13. Verspüren Sie manchmal ein Brennen im Mund?

ZAHNFLEISCH & KNOCHEN

14. Hatten Sie in den vergangenen 3 Jahren Karies?
15. Denken Sie, dass Sie zu wenig Speichel im Mund haben oder haben Sie Schluckprobleme beim Essen?
16. Spüren bzw. bemerken Sie Löcher (z. B. Mulden, Krater) an den Kauflächen Ihrer Zähne?
17. Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf heiße, kalte oder süße Speisen bzw. beim Zubeißen? Vermeiden Sie es, bestimmte Be-reiche Ihres Mundes mit der Zahnbürste zu putzen?
18. Haben Sie Rillen oder Kerben an den Zähnen am Zahnfleischrand?
19. Haben Sie schon einmal einen Zahn abgebrochen oder anderweitig beschädigt? Hatten Sie schon einmal Zahnschmerzen oder eine defekte Füllung?
20. Bleiben bei Ihnen regelmäßig Speisereste zwischen den Zähnen zurück?

BISS & KIEFERGELENK

21. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? (Schmerzen, Geräusche, eingeschränkte Mundöffnung, Kieferklemme, Knacken)
22. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Unterkiefer nach hinten gedrückt wird, wenn Sie die Zähne zusammenbeißen?
23. Vermeiden Sie bzw. haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen von Kaugummi, Karotten, Nüssen, Brötchen und Brot, Müsli-riegeln oder anderen harten, trockenen Nahrungsmitteln?
24. Haben sich Ihre Zähne in den vergangenen 5 Jahren verändert? Sind sie kürzer oder dünner geworden oder sind sie abge-nutzt?
25. Werden Ihre Zähne immer schiefer, enger stehend oder überlappend?
26. Entwickeln sich zwischen Ihren Zähnen Lücken oder werden Ihre Zähne lockerer?
27. Haben Sie verschiedene Bissstellungen? Drücken oder bewegen Sie den Kiefer, damit die Zahnreihen übereinander passen?
28. Legen Sie die Zunge zwischen die Zähne oder drückt die Zunge gegen Ihre Zähne, wenn Sie den Biss schließen?
29. Kauen Sie Eiswürfel, beißen Sie die Fingernägel, halten Sie Gegenstände mit den Zähnen oder haben Sie andere orale An-gewohnheiten?
30. Knirschen Sie tagsüber mit den Zähnen oder verursachen Sie sich anderweitig Zahnschmerzen?
31. Haben Sie Schlafprobleme (z. B. Ruhelosigkeit), wachen Sie mit Kopfschmerzen oder Zahnproblemen auf?
32. Tragen Sie derzeit oder haben Sie je eine Schiene getragen?

AUSSEHEN

33. Gibt es etwas am Aussehen Ihrer Zähne, dass Sie gerne ändern würden?
34. Haben Sie schon einmal Ihre Zähne aufgehellt (gebleicht)?
35. Haben Sie sich schon einmal wegen des Aussehens Ihrer Zähne geschämt?
36. Sind Sie mit dem Aussehen früherer Zahnbehandlungen unzufrieden?

Ort, Datum

Unterschrift Patient