



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT, HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS.

Wir, das Team der Praxis für nachhaltige Zahnheilkunde Dr. Philippe Dächert, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE DATEN

Name

Vorname

Bei Familienmitgliedern Angabe der | des Versicherten:

Name

Vorname

Straße

PLZ

Wohnort

Geburtsort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Telefon (geschäftlich)

Ihre Handynummer ist wichtig für unsere automatische Terminerinnerung per SMS.

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

gesetzlich Zahnzusatzversicherung privat Beihilfe

ANGABEN ZU IHREM ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND

*Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

ZU IHRER GESUNDHEIT

- Ja Nein Leiden Sie unter Zahnschmerzen?
 Ja Nein Blutet Ihr Zahnfleisch?
 Ja Nein Leiden Sie unter Mundgeruch?
 Ja Nein Wurden Ihre Weisheitszähne bereits entfernt?
 Ja Nein Haben sie eine Knirscherschiene?
 Ja Nein Leiden Sie unter Kopfschmerzen/
Nackenschmerzen oder wachen mit
Kopfschmerzen/Nackenschmerzen auf?
 Ja Nein Schnarchen Sie?
 Ja Nein Operation(en) im Mund- | Kiefer- |
Gesichtsbereich – Epilepsie
 Ja Nein Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?

HERZ- UND KREISLAUFERKRANKUNGEN

- Herz**
 Ja Nein Zustand nach Infarkt
 Ja Nein Herzinsuffizienz
 Ja Nein Muskelentzündung
 Ja Nein Verengung der Herzkranzgefäße
 Ja Nein Rhythmusstörungen
 Ja Nein Bypassoperation
 Ja Nein Herzoperation (Klappenersatz?/Stents?)
 Ja Nein Schrittmacher
- Kreislauf**
 Ja Nein niedriger Blutdruck (Hypotonie)
 Ja Nein Bluthochdruck (Hypertonie)

- Ja Nein Angina pectoris
 Ja Nein Durchblutungsstörungen
 Ja Nein Schlaganfall
 Ja Nein Endokarditisprophylaxe benötigt

ERKRANKUNG DES BLUTBILDENDEN SYSTEMS

- Ja Nein Blutarmut
 Ja Nein Bluter

AUGEN

- Ja Nein Grauer Star (Katarakt)
 Ja Nein Grüner Star (Glaukom)

ATMUNGSWEGE/LUNGE

- Ja Nein Asthma
 Ja Nein Bronchitis

MAGEN-DARM-TRAKT

- Ja Nein Magenerkrankung
 Ja Nein Darmerkrankung

BLASE-NIEREN

- Ja Nein Blasenerkrankung
 Ja Nein Nierenerkrankung
 Ja Nein Dialyse

LEBER

- Ja Nein Gelbsucht
 Ja Nein Hepatitis

BEWEGUNGSAPPARAT

- Ja Nein Rheuma
 Ja Nein rheumatoide Arthritis
 Ja Nein Gicht

ZENTRALES NERVENSYSTEM

- Ja Nein epileptische Anfälle

VEGETATIVES NERVENSYSTEM

- Ja Nein Kopfschmerzen
 Ja Nein Migräne

STOFFWECHSEL

- Ja Nein Zuckerkrankheit (Diabetes)

Wenn ja, wie hoch ist Ihr aktueller HbA1cWert?

- Ja Nein Schilddrüsenüberfunktion
 Ja Nein Schilddrüsenunterfunktion

LEIDEN ODER LITTEN SIE AN FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

- Ja Nein Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
 Ja Nein HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
 Ja Nein Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
 Ja Nein Osteoporose
 Ja Nein Röteln, Mumps, Masern, Scharlach
 Ja Nein MRSA (Krankenhauskeim) Creutzfeldt-Jakob | Varianten CJK

WENN SIE WEGEN EINER DER GENANNTEN ERKRANKUNGEN IN BEHANDLUNG SIND, NENNEN SIE UNS BITTE DIE KONTAKTDATEN IHRES HAUSARZTES.

Arzt/Name

Ort

Telefon

SONSTIGE MEDIZINISCH WICHTIGE INFORMATIONEN:

- Ja Nein Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
 Ja Nein Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
 Ja Nein Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche Erkrankung?

- Ja Nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche Medikamente?

- Ja Nein Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn ja, welche Drogen?

- Ja Nein Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe z.B. örtliche Betäubung?

Wenn ja, gegen welche Stoffe oder Medikamente?

- Ja Nein Besitzen Sie einen Allergiepass?

Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?

- Ja Nein Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche Nebenwirkungen?

- Ja Nein Sind Sie z.Zt. schwanger?

Wenn Ja, in welchem Monat?

- Ja Nein Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

- Ja Nein Rauchen Sie?
 Ja Nein Wenn Ja, Rauchen Sie mehr als 10 Zigaretten am Tag?
 Ja Nein Haben Sie eine transplantiertes Organ oder /und eine Immunsuppression?

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?

WEITERE ADMINISTRATIV WICHTIGE INFORMATIONEN:

- Ja Nein Wollen Sie in unser Vorsorgeprogramm aufgenommen werden?

Wie zufrieden sind sie mit der Farbe Ihrer Zähne? Bitte kreuzen Sie hier auf einer Skala von 1–10 an (1 = Nicht, 10 = Sehr):

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie zufrieden sind Sie mit der Form Ihrer Zähne? Bitte kreuzen Sie hier auf einer Skala von 1–10 an (1 = Nicht, 10 = Sehr):

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

HINWEIS ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT NACH ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSTERMINEN

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

HINWEIS ZUR ORGANISATION

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Sollten sie zum vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie uns dies rechtzeitig (mind. 48h vorher) mitzuteilen. Sollte dies nicht geschehen, behalten wir uns die Berechnung einer Ausfallgebühr im Sinne des BGB § 612, § 615 und § 293 vor.

Flörsheim, den

Unterschrift

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH FÜR IHRE BEANTWORTUNGSZEIT!
IHR TEAM DER PRAXIS DR. PHILIPPE DÄCHERT



