

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Patient	Versicherter (bei Familienversicherung)
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Straße:	Straße:
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
Telefon privat:	Telefon privat:
Telefon beruflich:	
Mobil:	
E-Mail:	
Beruf:	
Krankenkasse:	Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Von wem wurde unsere Praxis empfohlen? _____
 Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.

Herz-/Kreislaufkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Angina pectoris ja nein
- Herzinfarkt ja nein
- Herzschwäche ja nein
- Herzfehler ja nein
- Herzmuskelentzündung ja nein
- Herzklappenentzündung ja nein
- Künstliche Herzklappe ja nein
- Rhythmusstörungen ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- oder _____

Gefäße:

- Schlaganfall ja nein
- Thrombosen ja nein
- Durchblutungsstörungen ja nein
- Krampfadern ja nein
- oder _____

Blut:

- Gerinnungsstörungen ja nein
- auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operationen ja nein
- Häufiges Nasenbluten ja nein
- blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung ja nein
- oder _____

Leber:

- Fettleber ja nein
- Leberzirrhose ja nein
- Hepatitis A B C andere
- Gelbsucht ja nein

Atemwege/Lunge:

- chronische Bronchitis ja nein
- Lungenentzündung ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Asthma ja nein
- Lungenemphysem ja nein
- Schlafapnoe ja nein
- Schnarchen Sie? ja nein
- oder _____

Augen:

- Grüner Star ja nein
- Grauer Star ja nein
- starke Einschränkung der Sehkraft ja nein
- Blindheit ja nein
- oder _____

Skelettsystem/Knochen:

- Osteoporose ja nein
- Gelenkerkrankungen ja nein
- künstliche Gelenke ja nein
- Muskelerkrankungen ja nein
- Fibromyalgie ja nein
- oder _____

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit ja nein
- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenfunktionsstörung ja nein
- oder _____

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie) ja nein
- Lähmungen ja nein
- Depressionen ja nein
- Angstzustände ja nein
- oder _____

Nieren:

- Nierensteine ja nein
 Nierenentzündung ja nein
 Dialysepflichtig ja nein
 oder _____

Magen/Darm:

- Verdauungsstörungen ja nein
 Sodbrennen ja nein
 Refluxkrankheit ja nein
 Geschwür ja nein
 oder _____

Sonstiges:

- Tumorerkrankung ja nein
 Organtransplantiert ja nein
 Stammzellentransplantation ja nein
 Drogenabhängigkeit ja nein
 HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
 oder _____

Regelmäßige Medikamente/Spritzen:

- Blutdruckmedikamente ja nein
 Herzmedikamente ja nein
 Schmerzmittel ja nein
 Rheumamittel ja nein
 Psychopharmaka ja nein
 Antidiabetika ja nein
 Antibiotika in den letzten 3 Monaten ja nein
 Welche ?

_____ seit _____
 _____ seit _____
 _____ seit _____

- Besteht eine Schwangerschaft ja nein
 Wenn ja in welchem Monat? _____ Monat

Waren Sie vor kurzem oder sind Sie zurzeit noch in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja: welche Fachrichtung(en)? _____

Haben Sie Zahnschmerzen?

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?

Welche zahnmedizinischen Probleme liegen vor, bzw. welche Erkrankungen befürchten Sie?

- Karies Probleme mit der vorhandenen Versorgung Zahnfleischprobleme
 Verletzungen Kiefergelenksprobleme /gestörte Kaufunktion Aussehen der Zähne

Weshalb suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Auffälligkeiten im Mund-/Zahn-Bereich:

- temperaturempfindliche Zähne ja nein
 Zahnfleischbluten ja nein
 Stellungsveränderungen der Zähne ja nein
 Zahnspange in der Vergangenheit ja nein
 häufig durch den Mund atmen ja nein
 Zahnverluste durch Karies ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel ja nein
 Antibiotika ja nein
 Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
 Schmerzmittel ja nein
 Jod ja nein
 Latex (z.B. in Gummihandschuhen) ja nein
 Metalle ja nein
 zahnärztl. verwendete Kunststoffe ja nein
 Komposite) ja nein
 oder _____
 Allergiepass vorhanden? ja nein

- Bisphosphonate ja nein
 Krebsmedikamente ja nein
 medik. Chemotherapie ja nein
 Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein
 hochdosierte Steroide/Immunsuppressiva? ja nein
 „Antibabypille“ ja nein

- Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

- Zahnverluste durch Zahnlockerung ja nein
 oder _____
 Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung/
 Zahnfleischbeschwerden ja nein
 welche Behandlung _____
 „Parodontose“-Behandlung durchgeführt ja nein
 wann _____

Zahnarztbesuch / Frühere Behandlungen

- Wurden im letzten Jahr neue Füllungen / Inlays / Kronen gemacht? ja nein
- Wurden im letzten Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht? ja nein
- Welche Behandlungen standen bisher im Vordergrund? _____

Funktion

- Besteht eine Neigung zum Knirschen oder Pressen mit den Zähnen? ja nein
- Liegen Angewohnheiten vor, wie z.B. Zungenpressen oder Wangenbeißen? ja nein
- Ist Ihre Kaumuskulatur oft verspannt? ja nein
- Ist die Unterkieferbewegung schmerzhaft oder eingeschränkt? ja nein

Mundhygiene

- Welche Ziele haben Sie sich für Ihre Mundgesundheit gesetzt? _____
- Ist Ihnen schon einmal ausführlich gezeigt worden, wie Sie individuelle Zahnpflege betreiben sollen? ja nein
- Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen? ja nein
- Wenn wir Ihnen zeigen, wie Sie Ihre Zähne am besten pflegen sollten, wären Sie bereit diese Anleitung im Interesse Ihrer Zahngesundheit möglichst genau zu befolgen? ja nein
- Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne täglich? weniger als 1x 1-2x __x
- Wie lange dauert der längste Putzvorgang? weniger als 1 Minute 1-2 Minuten __ Minuten
- Spülen Sie nach dem Zähneputzen Ihren Mund nur mit Wasser? ja immer selten nie
- Welche Zahnbürste verwenden Sie? manuell (Hand) elektrisch Schall
- Welche Bürstenbewegungen bevorzugen Sie? eher schrubbend kreisend
- Blutet es beim Zähneputzen? ja immer selten nie
- Besteht Mundgeruch? ja immer selten nie
- Reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume? ja täglich gelegentlich nie
Wenn ja, womit? _____
- Verwenden Sie sonstige Mundhygieneartikel? Welche? _____
- Bestehen überempfindliche Zahnhälse? ja nein

Rauchen

- Rauchen Sie regelmässig? ja nein
Wenn ja, wieviel? _____
- Haben Sie früher geraucht? ja nein

Alkohol

- Trinken Sie regelmässig? ja nein
Wenn ja, wieviel? _____

Anamnese der Zahnarztpraxis Katrin Brache

Alle Hinweise auf Vor- und Begleiterkrankungen unterliegen der strikten Schweigepflicht des Zahnarztes und seiner Mitarbeiter.

Bitte weisen Sie, wenn Sie organtransplantiert oder HIV-Positiv sind oder zu einer dieser Risikogruppen gehören, den Zahnarzt darauf hin.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Behandlung durch Ihren Zahnarzt bedarf Ihrer Einwilligung. Dazu müssen Sie wissen, welche Behandlungsmaßnahmen der Zahnarzt aufgrund seiner Untersuchung plant und welche anderen Behandlungsmaßnahmen in Betracht kämen. Bitte fragen Sie Ihren Zahnarzt, wenn Sie eine nähere Aufklärung wünschen.

Mögliche – sehr seltene – Komplikationen:

Die folgenden Hinweise beziehen sich auf alltägliche Behandlungsmaßnahmen, über spezielle, operative Maßnahmen werden Sie gesondert aufgeklärt.

Trotz aller Sorgfalt durch den Zahnarzt kann es zu Komplikationen kommen.

Die Wichtigsten werden nachstehend aufgeführt:

Schmerzhafte Behandlungen werden meist in örtlicher Betäubung durchgeführt.

In seltenen Fällen kann durch die Einspritzung ein Nerv geschädigt werden.

Die dadurch länger andauernde Gefühlslosigkeit im betäubten Bereich bildet sich in der Regel zurück.

Selten sind schwerwiegende Unverträglichkeits- und Überempfindlichkeitsreaktion auf das Betäubungsmittel im Bereich von Herz und Kreislauf.

Die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr ist nach einer Betäubung beeinträchtigt.

Sie sollten im Anschluss einer Behandlung nicht am Straßenverkehr teilnehmen, für mindestens 2-3 Stunden.

Nachblutungen kommen durch örtliche Behandlungsmaßnahmen meist schnell zum Stehen.

Komplikationen können sich jedoch bei Blutgerinnungsstörungen ergeben.

Datenschutzbelehrung der Zahnarztpraxis Katrin Brache:

Die Zahnarztpraxis darf personenbezogene Daten von Ihnen in der Praxis erheben, verarbeiten, nutzen und weiterleiten. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bereit, dass wir Ihre Daten, wenn es durch den Behandlungsfall notwendig ist, z.B. an das Zahnlabor, die Kieferchirurgie, das Krankenhaus, die Krankenkasse oder an einen Gutachter weitergeben dürfen.

Die personenbezogenen Daten werden fristgerecht aufbewahrt und vernichtet.
(Art. 7, Abs. 3, Satz 2, DSGVO)

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Versicherten

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, es uns **48 Stunden** vorher mitzuteilen.