



**Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,**

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß.
Das hilft uns eventuelle Behandlungsrisiken zu vermeiden.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Somit sind vereinbarte Termine verbindlich für Sie reserviert. Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Ansonsten müssen wir Termine, zu denen Sie nicht erscheinen, in Rechnung stellen.

Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der o.g. Informationen mit Ihrer Unterschrift und teilen Sie uns etwaige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sofort mit. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. *Ihr Praxisteam Dr. Fleischmann und ZÄ Schoofs*

Anmeldung Patient:

Name	Vorname/Titel	Geb.-Datum
Straße	PLZ/Ort	
Telefon/Fax privat	Handy	E-Mail
Krankenkasse	Beruf	
Arbeitgeber	Telefon Arbeit	

Versicherter (Eltern, Ehegatte):

Name	Vorname/ Titel	Geb.-Datum
Straße	PLZ/ Ort	
Telefon privat	Beruf	

Versicherungsverhältnis:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Privat versichert | <input type="checkbox"/> Nur Basistarif |
| <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung |

Grund meines Zahnarztbesuchs:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Zweite Meinung | <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Zähne |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnlockerung | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | |
| <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungen | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz | |

Meine besonderen Anliegen und Wünsche:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mundgesundheitsvorsorge
(Karies-/ Parodontose-Vorsorge) | <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung/ -sanierung | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbehandlung | <input type="checkbox"/> Bleaching/ Zahnaufhellung |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruchsbehandlung | <input type="checkbox"/> Keramik-Inlays | <input type="checkbox"/> Behandlung unter Vollnarkose |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Keramik kronen und -brücken | <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung / Prophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Veneers | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung durch (bitte Namen nennen) | <input type="checkbox"/> Internet (bitte Adresse nennen) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
|--|--|-------------------------------------|

Angaben zum Gesundheitszustand – Ärztliche Anamnese

Krankheiten, Allergien und Unverträglichkeiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zurzeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung: Wenn ja, welche? Herz-ASS Marcumar Sonstige: _____

Allergien: _____

Sind Sie Raucher?

Ja Nein Packung pro Tag: _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Ja Nein Wenn ja, welche Woche? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis / Herzinnenhautentzündung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen (Bestrahlung/ Chemotherapie) |
| <input type="checkbox"/> Herzoperation | <input type="checkbox"/> Rheuma/Arthritis/Gicht | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bypass | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Röteln, Mumps, Masern, Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Regelmäßiger Alkoholkonsum |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> HIV Infektion | <input type="checkbox"/> Regelmäßiger Betäubungsmittelkonsum |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Reflux | <input type="checkbox"/> _____ |

Bei welchem Hausarzt sind Sie in Behandlung?

Name _____ Tel.- Nummer _____

Bei welchem der folgenden Fachärzte/ Therapeuten sind Sie derzeit in Behandlung?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Internist | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut | <input type="checkbox"/> Schlafklinik |
| <input type="checkbox"/> Kardiologe | <input type="checkbox"/> Osteopath | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> Logopäde | |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde | <input type="checkbox"/> CMD-Klinik | |

Wer ist der behandelnde Arzt? _____ Tel.- Nummer _____

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie darauf 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.

Angabe zur Veränderung meines allgemeinen Gesundheitszustandes

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass mein/e Zahnarzt/Zahnärztin verpflichtet ist, in regelmäßigen Abständen allgemeine Fragen zu meiner Gesundheit zu stellen. Für den Fall, dass sich zwischenzeitlich etwas an meinem Gesundheitszustand ändert, informiere ich meine/n Zahnärztin/Zahnarzt hierüber vor der nächsten Behandlung.

Ort/ Datum

Unterschrift

Angaben zu Ihren Zähnen und Zahnbehandlungen – Spezielle Zahnärztliche Anamnese -

Ihre speziellen Wünsche an die Behandlung:

- Ich leide unter Zahnarztphobie
- Ich möchte immer nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden
- Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Betäubung erhalten
- Ich möchte genau über die Behandlung informiert sein
- Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen
- Ich wünsche meine Behandlung in Narkose / Lachgassedierung
- Sonstige:

Ihre letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung/ Behandlung:

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre) Ja Nein

Wann war die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung? VorJahren / Vor.....Monaten

Wurden bei der letzten Kontrolluntersuchung Auffälligkeiten an Zähnen, Zahnersatz, Zahnfleisch oder Kiefergelenk festgestellt?

- Nein Ja, und zwar: Zähne Zahnhalteapparat/Zahnfleisch Kiefergelenk/Funktion
- Zahnersatz / Kronen
- Sonstiges: _____

Wurde eine spezielle Therapie in Erwägung gezogen bzw. ein Behandlungsplan erstellt? Ja Nein

Wenn ja, was waren die Gründe, warum die Behandlung nicht erfolgte?