

ZAHNÄRZTE

am Goethehaus

Praxisgemeinschaft

Dr. med. dent.

Stefanie Brück

Dr. med. dent.

Katlin Wegener

Weissadlergasse 15
60311 Frankfurt / Main

T 069 . 21 08 76 08
F 069 . 21 08 76 09

www.zahnarztfrankfurt.de
praxis@zahnarztfrankfurt.de

Sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Damit wir individuell auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen können, bitten wir Sie, den Anmeldebogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Tel. privat: _____ Tel. geschäftl.: _____

Tel. mobil: _____ E-Mail: _____

Name Ihrer Krankenversicherung: _____

Wie sind Sie versichert? privat gesetzlich pflichtversichert gesetzlich freiwillig versichert

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Name des Versicherten (falls nicht Patient selbst): _____ geb.: _____

Adresse: _____ Tel.: _____

ANAMNESE

Im Folgenden haben wir einige allgemeine Fragen an Sie und zu Ihrem Gesundheitszustand.

Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne? _____

Sind Sie mit dem Aussehen und der Stellung Ihrer Zähne zufrieden? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? persönliche Empfehlung von _____
 Internet / Homepage Praxisschild Telefonbuch / Das Örtliche Gelbe Seiten

Wünschen Sie eine Beratung zu einem der folgenden Themen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> schonende Zahnaufhellung (Bleaching) |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Keramikrestorationen | <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung/Prophylaxeprogramm bei Erwachsenen, Kindern und speziell bei Schwangeren |
| <input type="checkbox"/> Implantate (Künstliche Zahnwurzeln) | <input type="checkbox"/> Karies- und Parodontitisvermeidung (Putztechnik, Hilfsmittel, Speicheltest, Ernährungsberatung) |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung / Funktionsdiagnostik | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Schienentherapie | <input type="checkbox"/> Hochwertiger Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Verbesserungsmöglichkeiten Ihrer Zahnästhetik | |
| <input type="checkbox"/> Keramische Verblendschalen (Veneers) | |

weiter auf Seite 2 ▶

ZAHNÄRZTE

am Goethehaus

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Allergien/Unverträglichkeiten, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen, Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen oder Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Blutverdünnung eines der folgenden Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Marcumar, Falithrom			Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ASS 100			Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Xarelto, Eliquis, Pradaxa			Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Iscover, Plavix			Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brilique			Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> andere _____			Haben Sie einen künstlichen Gelenkersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welcher Typ? _____			Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestehen weitere Erkrankungen? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisherige Operationen (im Mund-Gesichtsbereich) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angina pectoris		<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler/-ersatz	Nehmen Sie weitere Medikamente ein? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Endokarditis		<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt		<input type="checkbox"/> Blutdruck <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> niedrig			
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Name, Anschrift, Telefon des behandelnden Arztes

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten/Zahnfleischentzündung?

ja nein

Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Öffnen?

ja nein

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?

ja nein

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?

ja nein

Haben Sie Schmerzen/Verspannungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?

ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

ja nein

Wünschen Sie eine Aufnahme in unser Recallsystem?

ja nein

(Sie werden dann automatisch von uns an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung oder Prophylaxetermin erinnert)

Falls Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie, diese spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir die reservierte Zeit anderweitig vergeben können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und teile eintretende Änderungen umgehend mit.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____