

Herzlich Willkommen

in der Gemeinschaftspraxis Dres. Sichel & Denner

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese).

Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer Behandlung.

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes, der Versicherten-Verhältnisse und Ihrer Adresse mit.

Nach dem aktuell gültigen Datenschutzrecht (DSGVO) benötigen wir Ihre Datenschutzrechtliche Einwilligung zu unserer Datenschutzerklärung, die Sie jederzeit in unserer Praxis und auf unserer Homepage (www.zahnzukunft.de) einsehen können.

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Zahnarztpraxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Meine Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Anschrift

Telefon / Handy..... /

Krankenkasse

gesetzlich zusatzversichert privat krankenversichert beihilfeberechtigt

Beruf Arbeitgeber

Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, über wen sind Sie mitversichert?

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Anschrift

Welche der aufgeführten zahnmedizinischen relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> überempfindliche Zähne | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden | <input type="checkbox"/> Zahnverfärbungen | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung | <input type="checkbox"/> Sontiges ? |

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein (z. B. auch gerinnungshemmende Medikamente, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Hausarzt / Facharzt

Allergien

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein



Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche / Herzinsuffizienz ja nein Herzklappenersatz / Herzfehler ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag ja nein Hoher Blutdruck ja nein
Herzasthma, Angina Pectoris ja nein Niedriger Blutdruck ja nein
Herzschrittmacher ja nein Herzinfarkt ja nein

Infektionskrankheiten ja nein
(z. B. Hepatitis A/B/..., HIV)

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankungen ja nein Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Erkrankungen des Nervensystems

Psychosomatische Erkrankungen ja nein

Tumorerkrankungen

Bisphosphonattherapie ja nein

Schwangerschaft ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Sonstige Erkrankungen

Ihr persönliches Anliegen und Ihre individuellen Erwartungen an die bevorstehende Behandlung

Grund Ihres heutigen Besuches? _____

Worauf legen Sie besonders Wert? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnarztbehandlung? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden? ja, ½ jährlich nein

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Zahnfehlstellungsregulierung
 Parodontosebehandlung Implantologie
 Sonstige Beratungsinteressen _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

auf Empfehlung von _____

Internet (z. B. Jameda) _____

andere Quelle _____

Datum _____

Unterschrift des Patienten, ggf. des gesetzl. Vertreters _____