



Praxisgemeinschaft für Zahnheilkunde und Implantologie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre zahnärztliche Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren bestmöglich auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne ansprechen.

Persönliche Angaben

Name Patient: _____

Versicherter/ gesetzlicher Vertreter/ Zahlungspflichtiger: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße, Ort, PLZ): _____

Telefon: _____

Hausarzt: _____

Krankenversicherung: _____

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- Zusatzversicherung: _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? **Zutreffendes bitte ankreuzen.**

Herz/Kreislauf:

- Herzschwäche
- Herzfehler
- Künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Sonstige _____

Blut:

- Gerinnungsstörungen
- Nachbluten nach Operationen
- Häufiges Nasenbluten
- Blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- Sonstige _____

Atemwege/Lunge:

- Lungenentzündung
- Asthma
- Sonstige _____

Stoffwechsel:

- Diabetes mellitus Typ 1
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Sonstige _____

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Essstörungen
- Sonstige _____

Allergien:

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika Welche? _____
- Schmerzmittel Welche? _____
- Iod
- Latex
- Metalle Welche? _____
- Sonstige _____

- Allergiepass vorhanden

Andere Erkrankungen oder Behinderungen:

- Tumorerkrankungen
- Welche? _____
- Sonstige _____

Regelmäßige Medikamente:

- _____
- Ständige** ärztliche Behandlung
- Weshalb? _____
- Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z. B. bei
 - Spritzen
 - Medikamenten
 - Sonstige _____

Auffälligkeiten im Mund/Zahn-Bereich:

- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderungen der Zähne
- Zahnsperre
- Häufig durch den Mund atmen
- Zahnverluste durch Karies
- Sonstige _____

Recall

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und einer regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir bieten Ihnen deshalb einen speziellen **Service zur Nachsorge** an, bei dem wir Sie telefonisch oder postalisch an die notwendigen Kontrolluntersuchungen erinnern. Möchten Sie diesen Service kostenlos in Anspruch nehmen?

- Ja
- Nein

Ihr Behandlungswunsch

- Mein Kind soll **möglichst kostengünstig**, soweit wie möglich innerhalb der Bezuschussungsrichtlinien versorgt werden, auch wenn dies manche modernen Behandlungsmethoden ausgrenzt. Bitte klären Sie mich über die wichtigsten Einschränkungen auf.
- Ich wünsche mir im Rahmen meiner Möglichkeiten eine moderne Betreuung durch Ihre Praxis. Ich bin bereit, für eine **über die Bezuschussungsrichtlinien hinausgehende** Untersuchung, Diagnose und ausführliche Beratung privat zuzuzahlen. Dafür möchte ich einen auf mein Kind individuell zugeschnittenen Behandlungsplan unter wirtschaftlichen und fachlichen Kriterien.

Terminplanung

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 2 Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher, abzusagen.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

Für Neupatienten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bei welchem Zahnarzt war Ihr Kind bisher in Behandlung?

Wann war die letzte zahnärztliche Untersuchung Ihres Kindes?

Sind bereits Röntgenbilder der Zähne vorhanden? Wenn ja, bei wem?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.

Datum _____

Unterschrift _____