



Zahnarztpraxis
Graefestr.03 - 10967 Berlin

Dr. Anke Schwarz
Tel.030-6912958

Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Personalien

Name	Vorname	geb.
Mitglied		
Anschrift		
Tel. privat	Mobil	
Krankenkasse/Versicherung		
Beruf		
Arbeitgeber		
E-Mail Adresse		

Organisatorische Hinweise.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. **Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 2 Arbeitstage vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ), 80,- Euro/Prophylaxestunde und 160,- Euro/Zahnarztstunde, in Rechnung zu stellen.** Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Versicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten von uns eine Privatabrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Anamnese: Ein **angekreuztes Kästchen** bedeutet ein **Ja**.

Gefäße

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern

oder _____

Herz/Kreislauf

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher

oder _____

Blut

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutverwandten
- Nachblutungen nach Operationen
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung

oder _____

Leber

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis
 - A
 - B
 - C
- Gelbsucht
- Gallensteine

oder _____

Nieren

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- Dialysepflichtig

oder _____

Magen/Darm

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür

Atemwege/Lunge

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung)
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?

oder _____

Augen

- Grüner Star
- Grauer Star
- starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit

oder _____

Skelettsystem/Knochen

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie

oder _____

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präparat?

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
 - Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
- Bitte HbA1c-Wert angeben: _____
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

oder _____

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

oder _____

Allergien, z.B.

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex (z.B. Gummihandschuhe)
- Metalle

oder _____

- Allergiepass vorhanden

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS, HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs

oder _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen

- Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs

oder _____

Weitere Angaben

- Sind Sie schwanger?**
Welche Schwangerschaftswoche? _____
- Rauchen Sie?**
Wie viel durchschnittlich am Tag? _____

- Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?
Vor wie viel Monaten/Jahr? _____
- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?**
- Regelmäßig? Wie viel? _____

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
 Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- "Antibabypille"
- Antidiabetika
welche _____

Gerinnungshemmende Medikamente?

Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.

- Aspirin/ASS
- Macumar/Phenprocoumon
- Plavix/Iscover/Clopidogrel
- Ticlopidin
oder _____

- Antibiotika **in den letzten 3 Monaten**
warum _____

- ständige **ärztliche Behandlung?**
weshalb _____

- Krankenhausaufenthalt?
wann _____
weshalb _____

- letzte zahnärztliche Untersuchung
wann _____

ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei

- Spritzen
- Medikamenten
welche _____

Wie schätzen Sie Ihre Mundhygiene ein?

- gut
- mittelmäßig
- schlecht

Welche Hilfsmittel zur Zahnreinigung verwenden Sie?

- Zahnseide Interdentalbürsten Zahnhölzer
 Munddusche Mundspülung Zungenreiniger

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

- ja nein

Mein Hausarzt ist (Name, Adresse, Tel.) _____

Außerdem bin ich in Behandlung beim Facharzt für _____
(Name, Adresse,
Tel.) _____

Allgemeine Hinweise

Die Zahnbehandlung ist fester Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen. Dennoch geht die Entwicklung in der Zahnheilkunde stetig weiter. Möchten Sie von uns darüber informiert werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

- Ja
 Nein

Wünschen Sie weitere Informationen über unser intensive Prophylaxeprogramm?

- Ja
 Nein

Wünschen Sie, dass wir Sie an die nächste Kontrolluntersuchung bzw. Prophylaxesitzung erinnern?

- Ja
 Nein

Datum

Unterschrift

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Ihr Praxisteam Dr. Anke Schwarz