

Zahnarztpraxis Dr. Arndt **Himmen**

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine ...

| | ja | nein |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| neuen Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| „zweite Meinung“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere Gründe: | _____ | |

Haben Sie akute Schmerzen?

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Wenn ja, wie äußern sich diese? | | |
| Dauerschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zähne reagieren auf süß/sauer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manche Zähne sind temperaturempfindlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kieferschmerzen/Kiefergelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

| | ja | nein |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben oder hatten Sie ...

| | ja | nein |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohrensausen/Tinnitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grüner Star | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welcher Typ? A B C

Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Datum

Unterschrift

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

| | ja | nein |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| eine Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| einen Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Medikamente: Nehmen Sie ...

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bisphosphate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cortison (Kortikoide) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antidepressiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar, ASS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

| | ja | nein |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, in welcher Woche? | _____ | |

Zum Schluss

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne? | _____ | |

Fragen / Anmerkungen:

Zahnarztpraxis Dr. Arndt **Himmen**

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren **allgemeinen** Gesundheitszustand. Denn auch **Allgemeinerkrankungen** können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. **Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.**

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Tel. privat

Tel. mobil

E-mail

Beruf

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert

privat versichert

Basistarif

Zusatzversicherung

beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____

Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

Kostenhinweis

Wie **allgemein** üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigungssätze der GOZ.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit in Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung als auch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen haben. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen

Telefon- / Branchenbuch

Zeitungsanzeige

Überweisung von

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

ja nein

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

Möchten Sie von uns per Post, Email oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

-bitte wenden-