

Liebe Patienten,

herzlich willkommen bei ANKERZAHN – Praxis für Zahngesundheit. Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

### Kontaktdaten des Patienten

Name, Vorname \_\_\_\_\_  m  w  d

Geb. Datum \_\_\_\_\_ Geb. Ort \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

### Ich bin

gesetzlich versichert? Bei welcher Krankenkasse? \_\_\_\_\_  privat versichert? Bei welcher Krankenversicherung? \_\_\_\_\_

zusatzversichert? Bei welchem Versicherungsunternehmen? \_\_\_\_\_  beihilfeberechtigt  Basistarif

### Kontaktdaten des Hauptversicherten

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Name, Vorname \_\_\_\_\_  m  w  d

Geb. Datum \_\_\_\_\_ Geb. Ort \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und/oder des Kopfbereichs angefertigt?  ja  nein  
Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?  
\_\_\_\_\_

## IHR ANLIEGEN

### Was ist der Grund Ihres Besuches?

Kontrolluntersuchung  Zahnschmerzen  Beratung Zahnersatz  "zweite Meinung"

Professionelle Zahnreinigung  Zahnfleischbluten  Beratung Implantate  \_\_\_\_\_

### Interessieren Sie sich für eine Beratung zu folgenden Themen?

Zahnaufhellung (Bleaching)  Zahnästhetik/Ihr Lächeln  Amalgamsanierung  Migräne, Kopf- und Nackenschmerzen, Kiefergelenkbeschwerden

Zahnbegradigung (Aligner-Behandlung)  Knirschen  biologische Zahnmedizin

## GESUNDHEITSFRAGEN

### Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja, welche Medikamente?  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie **Blutverdünner**?  ja  nein  
Wenn ja, welches Medikament?  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente gegen **Osteoporose**  ja  nein  
oder **Tumorerkrankungen** ein (z.B. Bisphosphonate)? Wenn ja, welches Medikament?  
\_\_\_\_\_

### Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger?  ja  nein  
Wenn ja, in welchem Monat?  
\_\_\_\_\_

### Allergien

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja, gegen welche?  
\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein  
Rauchen Sie?  ja  nein  
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder andere Rauschmittel? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

### Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?  
\_\_\_\_\_

### Erkrankungen des Nervensystems

Epileptische Anfälle  ja  nein  
Depressionen  ja  nein

### Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)  ja  nein  
Herzschrittmacher / künstl. Herzklappe  ja  nein  
Zustand nach Herzinfarkt  ja  nein  
Angeborener / erworbener Herzfehler  ja  nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

### Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten

Hepatitis (A/B/C)  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
HIV  ja  nein

### Stoffwechselerkrankungen

Diabetes  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein  
Nierenerkrankungen  ja  nein  
Magen- / Darmerkrankungen  ja  nein  
Chronische Lebererkrankungen  ja  nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

### Sonstige Erkrankungen

Rheuma  ja  nein  
Chronische Lungenerkrankungen / Asthma  ja  nein  
Nase- / Nebenhöhlenerkrankungen  ja  nein  
Grauer Star / Grüner Star  ja  nein  
Haben Sie eine sonstige Erkrankung  ja  nein  
Wenn ja, welche  
\_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von \_\_\_\_\_  Website  Google  Jameda  Social Media  Sonstiges

### Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

ja  nein

Wenn ja, wie  per Telefon  per E-Mail  per SMS

Wir bitten Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Anderenfalls müssen wir Ihnen leider die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung stellen. Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Eventuelle Änderungen werde ich entsprechend mitteilen. Diese Angaben kann ich zu jedem Zeitpunkt ändern oder widerrufen. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen im Rahmen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_