



## Zahnarztpraxis am Borgweg

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Vor Ihrer Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Terminvergabe in unserer Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt.

Dies bedeutet in der Regel nur geringe Wartezeiten.

Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden.

Dafür bitten wir um Verständnis.

Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen Termin bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, da uns ansonsten Kosten für ungenutzte Zeit entstehen, und wir Ihnen diese in Rechnung stellen können (Ausfallentgelt gem. § 304, 611, 615 BGB).

Patient  
Herr/ Frau/ Kind      \_\_\_\_\_  
Name    Vorname    geb.

Anschrift  
\_\_\_\_\_  
Straße/Nr.    Postleitzahl    Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon    Email

Mitglied/  
Zahlungspflichtiger  
Name    Vorname    geb.

Anschrift  
\_\_\_\_\_  
Straße/Nr.    Postleitzahl    Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_  
Empfehlung von    Internet    Sonstiges

Name des Kostenträgers  
(Krankenkasse oder Versicherung)      \_\_\_\_\_

- ich bin pflichtversichert
- ich bin privat versichert
- ich wünsche Kostenerstattung gem. §13 Abs.2 SGB V

Beruf des Mitglieds      \_\_\_\_\_

Hamburg, den      \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

## Anamnese

### Bestehen Beschwerden im Bereich

- einzelner Zähne (z.B. Empfindlichkeit, kariöse Defekte)
- rechte Seite
- linke Seite
- Oberkiefer
- Unterkiefer
- Kieferhöhlen/ Stirnhöhle
- des Zahnfleisches (z.B. Zahnfleischbluten)
- der Zunge
- im Mund oder Rachen (z.B. Mundgeruch, Mundtrockenheit)
- der Mundöffnung
- der Kiefergelenke (z.B. Knacken)
- der Kaumuskulatur
- des Kopfes (z.B. Spannungskopfschmerz)
- von neuem Zahnersatz
- von altem Zahnersatz

### Wurde bei Ihnen schon einmal

- eine Parodontalbehandlung gemacht?
- eine Kieferorthopädische Behandlung gemacht (z.B. Zahnspange)?
- eine Keimbestimmung vorgenommen (Abstrich)?
- eine funktionstherapeutische Behandlung vorgenommen?
- eine Knirscherschiene hergestellt?
- ein kieferchirurgischer Eingriff vorgenommen?
- eine Amalgamfüllung durch ein anderes Material ersetzt?
- eine Schwermetallausleitung vorgenommen? Wann? In welcher Weise?

### Wie ist Ihre Schlaflage?

- Rückenlage
- Bauchlage
- Seitenlage

### Knirschen oder Pressen Sie?

- Knirschen
- Pressen

### Leiden Sie unter Zahnbehandlungsangst?

#### Besonders unter:

- Injektionen
- Bohrgeräuschen
- Abdrücken (Würgereiz)

### Legen Sie wert auf eine Behandlung mit örtlicher Betäubung?

- Ja
- Nein

### Was hat Ihnen an der Behandlungsweise des Vorbehandlers besonders gut oder nicht gut gefallen?

---

### Welche Themen/-Bereiche moderner Zahnheilkunde interessieren Sie besonders?

- Professionelle Zahnreinigung
- Bleaching/Zahnaufhellung
- Kieferorthopädie
- Ganzheitliche Zahnheilkunde
- Ästhetische Zahnheilkunde
- Amalgamsanierung/-entfernung
- Implantate
- Schnarchtherapie

## Allgemeine Anamnese

Bitte zutreffendes ankreuzen:

### Herz/Kreislauf

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

### Gefäße

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Thrombosen

### Atemwege/ Lunge

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?

### Leber

- Hepatitis:
- A     B     C
- Sonstiges

### Nieren:

- Dialysepflichtigkeit
- Nierenentzündung
- Nierensteine

### Magen/ Darm:

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit

### Stoffwechsel

- Diabetes
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

### Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen
- Rücken-/ Bandscheibenbeschwerden
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie

### Nerven/ Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

### Augen:

- Grüner Star
- Grauer Star
- Engwinkelglaukom

### Blut

- Gerinnungsstörungen
- häufiges Nasenbluten
- Nachbluten nach Operationen

### Allergie

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel
- Medikamente
- Pflaster
- Latex

### Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- HIV
- Zustand nach Transplantation

### Knochen

- Osteoporose
- Wurden Sie in der Vergangenheit mit Bisphosphonaten behandelt?

### Sind Sie schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche?

### Rauchen Sie?

Wieviel durchschnittlich?

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol oder regelmäßig?
- 

### Gerrinnungshemmende Medikamente

Dauerhaft oder in den Letzten Tagen z.B.

- Aspirin®
- ASS®
- Marcumar®
- Ticlopidin®
- Clopidogrel®
- Plavix®

### Regelmäßige Medikamente

- Blutdruck-/ Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika
- L-Thyroxin®

Andere?

### Andere Erkrankungen oder Behinderungen?

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes umgehend mit!