

1. Herz und Kreislauf

- Blutdruck normal zu hoch zu niedrig Medikament:
- Herz- oder Herzklappenerkrankungen, Endokarditis ? ja nein
- Endokarditisprophylaxe empfohlen ? ja nein
- Herzoperationen, Herzschrittmacher, Defibrillator (wann ?) ja nein
- ggf. behandelnder Kardiologe

1. Infektionserkrankungen

- Hepatitis ja nein ➤ Tuberkulose ja nein
- HIV (AIDS) ja nein ➤ Creutzfeld-Jacob-Syndrom ja nein

2. Tumorerkrankungen (Krebs)

- Operation ja nein (wenn ja, wann ?)
- Chemo- / Strahlentherapie ja nein **Bisphosphonat-Medikation ?** ja nein

3. Allergien / Unverträglichkeiten

- gegen Antibiotika, Schmerzmittel oder andere Medikamente/Stoffe
 nein ja, gegen
- **Laktose-Intoleranz ?** ja nein

4. Sonstige Erkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ja nein HbA1c-Wert ?
- Lunge (z. B. Asthma, COPD) ja nein **Regelmäßige Medikamente:**
- Rheuma, Arthrose ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Leber- oder Nierenfunktionsstörung ja nein
- Krampfanfälle (z.B. Epilepsie) ja nein
- Grauer Star / Grüner Star ja nein
- Osteoporose ja nein Orthopäde: _____
- **Blutverdünnende Medikamente** ja nein (Quick/INR ?)
- Operationen in den letzten 12 Monaten (insbesondere Gelenkprothesen)? ja nein
- Andere Erkrankungen

5. Allgemeines

- Rauchen Sie ? Nein (seit wann ?) 1-10 10-20 über 20 Zigaretten pro Tag
- Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol / Drogen ? nein ja
- Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ? nein ja, in der Woche
 Besteht ein Kinderwunsch ? nein ja (Keimübertragungsrisiko)
- Wer ist Ihr Hausarzt ?
- Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam ?

6. Wichtige Informationen

- Alle oben genannten Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden daher streng vertraulich behandelt.
 Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner persönlichen Daten zu.
- Ich verpflichte mich, meinen Zahnarzt umgehend über alle gesundheitlichen Veränderungen, die sich während des Behandlungszeitraums ergeben, zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen, falls ich einen Termin nicht einhalten kann. Andernfalls ist die Praxis berechtigt, mir entstehende Kosten in Rechnung zu stellen.
- Hinweis: Lokal wirksame Betäubungsmittel können Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinflussen.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum:

Unterschrift:

Anmeldebogen für Neupatienten

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

danke, dass Sie unserer Praxis Ihr Vertrauen schenken. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus, er dient dazu, Ihre Behandlung noch individueller und Ihren Wünschen gerecht durchzuführen.

Herzlichen Dank !

1. Sind Sie mit dem Zustand Ihrer Zähne und des Zahnfleisch zufrieden ? Ja Nein
2. Leiden Sie unter Mundgeruch ? Ja Nein
3. Haben Sie Zahnfleischbluten ? Nein ja, aber selten ja, ab und zu ja, täglich
4. Sind Speisereste zwischen Ihren Zähnen oder Zahnersatz ein Problem ? Ja Nein
5. Lachen Sie gerne und zeigen dabei Ihre Zähne ? Ja Nein
6. Können Sie alles gut kauen (z.B. Möhren, Äpfel, Gummibärchen) ? Ja Nein
7. Tragen Sie Zahnersatz ? Ja Nein
 - a. wie alt ist ihr Zahnersatz ? etwa
Jahre
 - b. Tragen Sie Ihren Zahnersatz regelmäßig (falls herausnehmbar) ? Ja Nein
 - c. Sind Sie mit Aussehen und Funktion Ihres Zahnersatzes zufrieden ? Ja Nein
 - d. Legen Sie neben der funktionellen Versorgung auch Wert auf höchsten
ästhetischen Komfort Ihres Zahnersatzes ? sehr nicht so sehr überhaupt nicht
8. Haben Sie Fragen zu allergisch unbedenklichen Materialien ? Ja Nein
9. Wünschen Sie nur eine Schmerzbeseitigung oder legen Sie Wert auf eine umfassende Beratung über Ihre anstehende Gesamtbehandlung ? Ausführliche Beratung nur Schmerzbehandlung
10. Wünschen Sie nähere Informationen über folgende Behandlungsarten?
 - Professionelle Zahnreinigung
 - Alternativen zu Amalgam
 - Karies- und Parodontitisvorsorge / Prophylaxe
 - Zahnaufhellung
 - Zahnersatzlösungen, die auch Ihre ästhetischen Ansprüche befriedigen
 - Implantatversorgung

Ort, Datum

Unterschrift Patient