



Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, sollen Sie wissen, dass auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können.

Aus diesem Grund bitten wir Sie, im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, diesen Erhebungsbogen auszufüllen und alle Ihre Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu erteilen.

Die Angaben werden Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt und dienen dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Dr. Jan Brauer Karen Brauer

Wenn zutreffend bitte ankreuzen:

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Wie wichtig ist Ihnen die Ästhetik Ihrer Zähne?
sehr wichtig wichtig unwichtig

Wurden in den letzten zwei Jahren Röntgenaufnahmen im Mund-Kiefer-Bereich angefertigt?

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?

Wünschen Sie Informationen über unser Prophylaxeprogramm, das der Gesundheit und Schönheit Ihrer Zähne dient, von der Kasse aber eventuell nicht bezahlt wird?

Ich wünsche eine Beratung zu folgenden Themen:

- hochwertige Zahnfüllungen
- Zahnersatz/Prothetik
- Implantologie
- Zahnfleischentzündung
- Knirschen/Pressen
- Kiefergelenksbeschwerden
- kieferorthopädische Fragestellung
- Gesamtbehandlung
- Aufhellen der Zähne (bleaching)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung
- Internetmaschine
- Telefonbuch
- Sonstiges _____

Ich wünsche folgende Kommunikationsdienste:

Termin-Erinnerung per SMS

Mobil: _____

Erinnerung per E-Mail für Terminvergabe zur Zahnreinigung bzw. Kinderzahn-Prophylaxe

E-Mail: _____

Ich versichere, jede Änderung meiner persönlichen Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen.

Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin mir bewusst, dass ich in einer Gemeinschaftspraxis behandelt werde. Ich erkläre hiermit ausdrücklich mein Einverständnis, dass meine Patientendaten, soweit dies für meine Behandlung notwendig ist, auch von den Kolleginnen und Kollegen genutzt und Röntgenbilder per Post oder Mail an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte gesendet werden dürfen.

Uelzen, den

Datum

Unterschrift



Wenn zutreffend bitte ankreuzen:

Patient m | w | d

Name Vorname Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl Ort

Telefon mobil

Versicherte Person

Name Vorname Geburtsdatum

Krankenkasse

Name

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Nur für Privatversicherte:

Ich bin gemäß Basis-Tarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

Arbeitgeber m | w | d

Firma Telefon

Beruf

Allgemeinmedizinische Fragen

Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, aus welchen Gründen?

Hausarzt m | w | d

Name Telefon

Postleitzahl Ort Straße

Wenn zutreffend bitte ankreuzen:

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)

Endokarditis, Herzinfarkt, Angina Pectoris

Tragen Sie einen Herzschrittmacher

Defibrillator

Herzklappenersatz?

Kreislaufkrankungen

zu hoher Blutdruck

zu niedriger Blutdruck

Zustand nach Herzinfarkt

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar / ASS / Xarelto) ein?

Erkrankungen des Nervensystems

Anfallsleiden, Epilepsie, Krämpfe

Bluterkrankungen

erhöhte Blutungsneigungen (Hämophilie)

Allergien

Penicillin-Überempfindlichkeit

Asthma

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Überempfindlichkeit gegen

Infektionskrankheiten

Leberentzündung / Hepatitis A, B oder C

Tuberkulose

Immunsystem

Leiden Sie unter Erkrankungen des

Immunsystems (z.B. HIV / Aids)?

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Tumorleiden

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Schilddrüsenerkrankung

Erkrankung der Nieren

Wenn zutreffend bitte ankreuzen:

Sonstige Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein?

Weitere Angaben

Sind Sie schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche?

Ich habe folgende Pflegestufe

Sind Sie frisch operiert?

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

Fragen zur zahnärztlichen Untersuchung

Was ist Ihr Hauptanliegen und der Grund für Ihren Zahnarztbesuch?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung und was wurde behandelt?

Leiden Sie unter Kiefergelenksbeschwerden?

Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen?

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Sind Ihre Zähne gelockert?

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Beobachten Sie bei sich Mundgeruch?

Wünschen Sie Zahnersatz?