

Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Deshalb möchten wir Ihre Wünsche, Vorstellungen und Ansprüche kennen lernen. So können wir Sie von Beginn an optimal betreuen. Wir sind Ihnen daher dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit für uns nehmen und den folgenden Patientenbogen ausfüllen. Wir freuen uns, Ihnen im Anschluss unser umfangreiches Leistungsspektrum vorstellen zu dürfen. Hiermit versichern wir, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Betreuung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

I. Persönliche Angaben

Patient

Name /Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherter

Name /Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Kontakt

Privat: _____ Geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse _____ Pflichtversichert freiwillig versichert

Private Zusatzversicherung Beihilfe

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: _____ Überweisung durch: _____

Internet Telefonbuch Sonstiges _____

II. Risikoanamnese

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden kann.

Infektionskrankheiten (HIV, IBC, Hepatitis etc.) Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck etc.)

Hormonelle Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüse etc.) Blutgerinnungsstörung

Chronische Erkrankungen (Rheuma, MS, Krebs, Epilepsie etc.) Schwangerschaft (___ Monat) Stillzeit (___ Monat)

Allergien. Arzneimittelüberempfindlichkeiten, welche? _____ Medikamenteneinnahme, welche? _____

III. Spezielle medizinische Anamnese

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkung zum Kauorgan stehen. Durch Ihre Angaben können eventuelle Zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

Magen , Bauchspeicheldrüse, Milz: _____

Leber, Galle: _____

Atemsystem, Verdauung, Nasennebenhöhle: _____

Haut (Allergie, Neurodermitis etc.): _____

Herz Kreislauf-Erkrankungen, Hormonelle Störungen: _____

Niere, Blase, Lymphe, Unterleib: _____

Psychische Probleme/Belastungen (auch Therapie): _____

Spezielle Probleme oder sonstige Erkrankungen: _____



IV. Zahnmedizinische Anamnese

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Aktuell: _____

Langfristig: _____

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

Wie zufrieden sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne? Zeigen Sie Ihre Zähne gerne?

Ja Nein, weil _____ Neutral

Sind Sie an ästhetischen Veränderungen interessiert?

- Ja, ich empfinde die Farbe meiner Zähne als unattraktiv und bin an einem Bleaching (Aufhellung der Zähne) interessiert.
- Mich stört das Aussehen von Füllungen oder Zahnersatz in meinem Mund.
- Die Stellung meiner Zahnreihen empfinde ich als nicht optimal.
- Ich hätte gern ein gesünder aussehendes Zahnfleisch.
- Meine Zahnlücken stören mich.
- Sonstiges: _____

Haben Sie Zahnersatz? Ja Seit wann _____ Festsitzend Herausnehmbar Nein

Haben Sie Inplantate? Ja Seit wann _____ Nein

Was könnte Ihrer Meinung nach hierbei verbessert werden?

Optik Kaufunktion Sitz/Halt Hygienefähigkeit Biol. Verträglichkeit

Ist Ihnen aufgefallen, dass...

- Ihr Zahnfleisch (häufiger) blutet.
- Ihr Zahnfleisch zurückweicht bzw. Ihnen Ihre Zähne länger erscheinen als sonst.
- Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden.
- Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen.
- sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet.
- sich Ihre Zähne schnell verfärben.
- sich Ihre Mundschleimhäute häufig entzünden.

Ist Ihnen in der letzten Zeit aufgefallen, dass...

- Sie mit den Zähnen knirschen? Wenn ja, haben Sie eine Knirschiene? Nein Ja, seit _____
- Ihre Kiefergelenke knacken?
- Sie Ohrgeräusche haben?
- Ihre Zähne nicht richtig aufeinander passen?
- Sie Verspannungen im Bereich von Gesicht und Nackenmuskulatur haben?
- Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne leiden?
- Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja, seit _____

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

