



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Wir wissen das sehr zu schätzen.

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Anliegen und Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine medizinisch angemessene und risikoarme Behandlung.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Betreuung Ihrem persönlichen Gesundheitszustand anzupassen. Bei Fragen helfen wir Ihnen sehr gerne weiter.

Bitte füllen Sie die folgenden Angaben gut leserlich in Druckschrift aus - herzlichen Dank!

Ihre Dr. Katrin Meyer-Marcotty & Dr. Florian Büttinghaus

## KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

Folgende Angaben dienen zur Erhebung der Stammdaten des Patienten.

m  w  d

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Wohnort	
Telefon privat	Telefon mobil	
Telefon geschäftlich	E-Mail	
Beruf *	Arbeitgeber *	

\* optionale Angabe | keine Pflichtangabe

## KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

Folgende Angaben bitte nur ergänzen, falls der Patient nicht der Hauptversicherte ist.

m  w  d

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Wohnort
Telefon privat	Telefon mobil
Telefon geschäftlich	E-Mail

## ANGABE ZU IHRER KRANKENVERSICHERUNG

Krankenkasse

**Gesetzlich versichert**

Pflichtversichert  Freiwillig versichert  Ich habe eine Zusatzversicherung

**Privat versichert**

Basistarif  Beihilfe

## WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Durch persönliche Empfehlung von \_\_\_\_\_  Durch Überweisung von \_\_\_\_\_

Telefonbuch  Internet  Sonstiges: \_\_\_\_\_

## ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Hatten Sie bereits Vorbehandlungen im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?

- Entfernung von Weisheitszähnen                       Kieferfrakturen                       Kieferorthopädische Behandlung  
 Wurzelkanalbehandlungen/-resektion                       Parodontitisbehandlung                       Schienentherapie

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Aktuelles Anliegen: \_\_\_\_\_

Langfristiges Anliegen: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen                       Starke Schmerzempfindlichkeit                       Starker Würgereiz  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Zahnersatz?                       Ja, seit \_\_\_\_\_                       Festsitzend                       Herausnehmbar                       Nein

Haben Sie Zahnimplantate?                       Ja, seit \_\_\_\_\_                       Nein

## IHR ANLIEGEN

Haben Sie aktuell Zahnschmerzen?                       Ja                       Nein

Leiden Sie vermehrt unter Migräne, Kopf- oder Nackenschmerzen?                       Ja                       Nein

Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden (beispielsweise durch Knirschen oder Pressen mit den Zähnen)?                       Ja                       Nein

Sind Sie mit der Optik (Stellung, Farbe und Form) Ihrer Zähne zufrieden?                       Ja                       Nein

Leiden Sie unter Zahnfleischproblemen? Treten Blutungen nach dem Zähneputzen auf?                       Ja                       Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?                       Ja                       Nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig im Rahmen einer professionellen Zahnreinigung gereinigt?                       Ja                       Nein

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

\_\_\_\_\_

## SPEZIELLE GESUNDHEITSFRAGEN

### MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?                       Ja                       Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?                       Ja                       Nein

Wenn ja, welches Medikament?

\_\_\_\_\_

Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten                       Ja                       Nein

behandelt? Wenn ja, mit welchem Präparat?

\_\_\_\_\_

Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?                       Ja                       Nein

Wenn ja, wegen was?

\_\_\_\_\_

Haben Sie ein künstliches Gelenk?                       Ja                       Nein

Wenn ja, welches und seit wann?

\_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen in letzter Zeit Röntgenbilder                       Ja                       Nein

der Zähne oder des Kopfes angefertigt?

Wenn ja, wann und von was?

\_\_\_\_\_

### ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

Bestehen bei Ihnen Allergien?                       Ja                       Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?                       Ja                       Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

\_\_\_\_\_

### FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN

Sind Sie schwanger oder besteht die                       Ja                       Nein

Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Wenn ja, in welchem Monat?

\_\_\_\_\_

Stillen Sie?                       Ja                       Nein

# MEDIZINISCHE ANAMNESE

Name Ihres Hausarztes / Facharztes

Kontaktdaten

## ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

## BLUTERKRANKUNGEN

Haben Sie häufiges Nasenbluten?  Ja  Nein  
Haben Sie häufig blaue Flecken ohne Verletzung?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen?  Ja  Nein  
Gab es Nachblutungen nach Operationen?  Ja  Nein  
Sonstiges?

## HERZ- UND KREISLAUFERKRANKUNGEN

Haben Sie einen Herzfehler?  Ja  Nein  
Haben Sie eine künstliche Herzklappe?  Ja  Nein  
Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein  
Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?  Ja  Nein  
Herzmuskel- oder Klappenentzündung?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Angina Pectoris?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter hohem Blutdruck?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter niedrigem Blutdruck?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Herzrhythmusstörungen?  Ja  Nein  
Sonstiges?

## STOFFWECHSELKRANKHEITEN

Haben Sie Diabetes mellitus Typ 1?  Ja  Nein  
Haben Sie Diabetes mellitus Typ 2?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter einer Nierenerkrankung?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter chronischer Lebererkrankung?  Ja  Nein  
Sonstiges?

## KNOCHEN- UND MUSKELERKRANKUNGEN

Leiden Sie unter Gelenkerkrankungen?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Osteoporose?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Rückenbeschwerden?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Muskelerkrankungen?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Muskelschwäche?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter einer Fibromyalgie?  Ja  Nein  
Sonstiges?

## INFEKTIONSKRANKHEITEN

Haben Sie Hepatitis (A | B | C)?  Ja  Nein  
Haben Sie eine HIV Infektion?  Ja  Nein  
Haben Sie Tuberkulose?  Ja  Nein  
Sonstiges?

## AUGENERKRANKUNGEN

Haben Sie einen grünen Star?  Ja  Nein  
Haben Sie einen grauen Star?  Ja  Nein  
Besteht eine starke Einschränkung der Sehkraft?  Ja  Nein  
Sonstiges?

## ATEMWEGSEKRANKUNGEN

Leiden Sie unter Asthma?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter einer Schlafapnoe?  Ja  Nein  
Hatten Sie eine Lungenentzündung?  Ja  Nein  
Besteht eine chronische Bronchitis?  Ja  Nein  
Schnarchen Sie?  Ja  Nein  
Sonstiges?

## NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN

Hatten Sie bereits einen Schlaganfall?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Epilepsie (Krampfanfällen)?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Parkinson?  Ja  Nein  
Sonstiges?

## MAGEN- UND DARMERKRANKUNGEN

Haben Sie Geschwüre?  Ja  Nein  
Haben Sie eine Darmengstelle?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Verdauungsstörungen?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter einer Refluxkrankheit?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Sodbrennen?  Ja  Nein  
Sonstiges?

## HAUT- UND KREBSERKRANKUNGEN

Leiden Sie unter einer Hauterkrankung?  Ja  Nein  
Wenn ja, unter welcher?  
  
Leiden Sie unter einer Krebserkrankung?  Ja  Nein  
Wenn ja, unter welcher?

Bestätigung Ihrer Angaben

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Zahnarzt