



Dr. Annemarie Stolz

Praxis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Liebe Patientin, lieber Patient - herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wie Sie sicher bald feststellen werden, kommt es in unserer Praxis kaum zu längeren Wartezeiten – dies liegt vor allem an unserem ausgefeilten Bestellsystem. Dieses kann aber nur funktionieren, wenn Sie vereinbarte Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen. Haben Sie bitte auch Verständnis dafür, dass Sie in unserer Bestellpraxis unangemeldet, z.B. infolge akuter Schmerzen, u.U. mit längeren Wartezeiten rechnen müssen.

Um Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten zu können und damit wir uns so gut wie möglich auf Ihre Bedürfnisse und Wünsche einstellen können, beantworten Sie bitte folgende Fragen möglichst vollständig. Alle Angaben werden von uns vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wie kommen Sie in unsere Praxis:

- direkte Überweisung von meinem Zahnarzt: _____
- Empfehlung von: _____ sonstiges: _____
- Ihr Hausarzt: _____ Internet: _____

Patient

Familiennamen: _____ Titel: _____
Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Straße: _____ PLZ-Ort: _____
Krankenkasse: _____ Vers.-Nr: _____
Arbeitgeber: _____ Beruf: _____
Tel. Firma: _____ Tel. Privat/Mobil: _____
E-Mail: _____ Zahn-Zusatzversicherung: ja nein

Versicherter (nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

Familiennamen: _____ Titel: _____
Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Straße: _____ PLZ-Ort: _____
Krankenkasse: _____ Vers.-Nr: _____
Arbeitgeber: _____ Beruf: _____
Tel. Firma: _____ Tel. Privat/Mobil: _____
E-Mail: _____ Zahn-Zusatzversicherung: ja nein

Bitte nennen Sie uns den Grund Ihres Besuches

- Implantatberatung Parodontalbehandlung Prophylaxe
 Notfallbehandlung / Schmerzen Kontrolle Sanierung

Allgemeine medizinische Anamnese

Waren Sie während der letzten 5 Jahre in ärztlicher Behandlung / Spitalaufenthalt?

ja nein Wenn ja, warum: _____

Nahmen Sie während der letzten 5 Wochen regelmäßig Medikamente?

ja nein Wenn ja, warum: _____

Kreuzen Sie jene Punkte an, auf die Sie ungewöhnlich reagieren

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Erythromycin (Antibiotika) | <input type="checkbox"/> Codein |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofen | <input type="checkbox"/> Paracetamol | <input type="checkbox"/> Tetracyclin (Antibiotika) |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Lokalanästetika (Spritzen) | <input type="checkbox"/> Aspirin |
| <input type="checkbox"/> Metall | <input type="checkbox"/> Medikamente: _____ | |

Kreuzen Sie jene Krankheiten an, die auf Sie zutreffen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitige Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Osteoporose (FOSAMAX!) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1, Typ 2 | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Blutarm | <input type="checkbox"/> Tuberkulose (TBC) | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion (AIDS) | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (erhöhter Augeninnendruck) | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Chemotherapie |

Zahnärztliche Anamnese

- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
- Sind Sie RaucherIn? ja nein
- Bekommen Sie derzeit eine Chemotherapie? ja nein
- Haben Sie Schmerzen an den Zähnen? ja nein
- Wenn ja, wo? _____
- Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen? ja ein wenig nein
- Sind die Zähne empfindlich auf? kalt heiß beim Kauen
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein

Wir informieren Sie gerne ausführlich über die Möglichkeit der schonenden Zahnaufhellung.

- Haben Sie manchmal Beschwerden in den Kiefer- und Nasennebenhöhlen? ja nein
- Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? ja nein
- Haben Sie manchmal Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
- Haben Sie manchmal ein Spannungsgefühl im Gesichtsbereich? ja nein
- Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen? ja nein
- Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung? ja nein
- Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? ja nein
- Sind Sie ängstlich während der Zahnbehandlung? nein ein wenig ja, sehr

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen.
Mir ist Bewusst, dass ich Privatpatient bin und die Kosten nur teilweise durch die Krankenkasse ersetzt bekomme.

Ort, Datum

Unterschrift