

HERZLICH WILLKOMMEN IM MUNDGESUNDHEITZENTRUM.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen. Es ist uns wichtig, unsere zahnärztliche Behandlung mit Ihrer aktuellen Körper-Anamnese abzustimmen.
Besten Dank für Ihre Daten.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum, Geburtsort Beruf

Telefon (privat) Telefon (geschäftlich)

Mobil E-Mail

Arbeitgeber

Krankenkasse/-versicherung Beihilfeberechtigt

Versicherte/r Geburtsdatum

Hausarzt

Zahn-Zusatzversicherung (bei gesetzlich Versicherten)?

Was führt Sie zu uns?

Mir ist wichtig - bitte wählen:

- eine medizinisch optimale, ästhetisch abgestimmte Versorgung
- langfristige Stabilität der Mundsituation
- eine Versorgung, die das medizinisch Notwendige nicht übersteigt

Über welche Leistungen wünschen Sie mehr Informationen? (mehrfache Angaben möglich)

- Prävention / Prophylaxe
- Parodontitis-Therapie
- Implantate / Feste dritte Zähne
- Sonstiges
- Angstbehandlung
- Karies-/ Erosionsprävention
- Mundgeruch / Halitosis

Herzlichen Dank für Ihre Antworten. Damit Ihre individuelle Behandlung und unsere Abläufe ineinandergreifen können, ist eine perfekte Abstimmung notwendig. Das entsprechende Team bereitet sich intensiv auf Ihren vereinbarten Termin vor. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, uns umgehend (möglichst 48 Stunden vorher) zu informieren. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Dienst. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr anbieten. Ausfallzeiten können nach §§615 Satz BGB, 287ZPO berechnet werden.

! Medikamente, auch Betäubungsmittel, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes

Datum: Unterschrift:

IHR PERSÖNLICHER GESUNDHEITSCHECK

Name: _____

Herz

- Herzinfarkt, wann _____
- Stent / Bypass, wann _____
- Herzinsuffizienz / Herzerkrankung _____
- Angeborener Herzfehler
- Herzklappenersatz _____
- Herzschrittmacher, implantierter Defibrillator o. Ä., wann _____
- _____

Gefäße

- Schlaganfall, wann _____
- Arteriosklerose
- _____

Kreislauf

- Blutdruck hoch _____ tief _____
- _____

Lunge und Atemwege

- Asthma
- COPD
- _____

Stoffwechsel

- Diabetes, HbA_{1c}-Wert _____
- Schilddrüsenerkrankung _____
- _____

Blut

- Gerinnung, INR-Wert _____
- Quickwert _____
- _____

Nerven und Gemüt

- Krampfanfälle, z. B. Epilepsie
- Parkinson
- Depression
- Demenz / Alzheimer
- Stress
- _____

Infektionen

- HIV
- Aphthen
- Herpes
- Leberentzündung (Hepatitis) A ____ B ____ C ____
- _____

Niere

- Dialyse, Tage _____
- Niereninsuffizienz / Nierenerkrankung
- _____

Sonstiges

- Gab es ungewöhnliche / überraschende Reaktionen beim Zahnarzt? _____
- Welche nicht genannten Erkrankung haben Sie? _____
- Für unsere weiblichen Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? SSW _____ Monat _____
- Besteht bei Ihnen ein Kinderwunsch? _____
- Bei welchem Zahnarzt wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder/OPG gemacht? _____

! Medikamente, auch Betäubungsmittel, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Magen / Darm

- Sodbrennen / Reflux
- _____

Augen

- Sehbehinderung
- Grauer Star
- Grüner Star
- Erhöhter Augeninnendruck
- _____

Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen
- Rücken-/ Muskelerkrankungen
- Osteoporose _____
- Vorhandene oder geplante Gelenkprothesen seit _____ Bereich _____
- _____

Weitere Erkrankungen / Besonderheiten

- Leukämie
- Tumorerkrankung _____
- Einnahme von Bisphosphonaten (auch in Vergangenheit) _____
- Transplantationen _____
- Sind Sie oder waren Sie in Strahlen-/Chemotherapie? _____
- Papillon-Lefèvre-Syndrom
- _____

Rauchen

- Nichtraucher, seit mind. 5 Jahren
- Bis 10 Zigaretten täglich
- Über 10 Zigaretten täglich

Alkohol / Drogen

- Gelegentlich
- Mehr als 1x die Woche
- Drogenkonsum _____

Allergie / Unverträglichkeiten

- Penicillin / Antibiose
- Milcheiweiß _____
- Jod
- Latex
- Fruktose- / Laktose-Intoleranz
- Lebensmittel, Nahrung
- Metalle _____
- _____

Medikamente, auch nicht verschreibungspflichtige / ggf. Medikationsliste (auch Spritzen, Infusionen), Schmerzmittel, „Pille“ ...
