

Anamnesebogen der Praxis Zahnerhaltung



DR. MALTE KÜCK
Praxis Zahnerhaltung

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Beruf _____

Name der Versicherung _____

Mitglied / Zahlungspflichtige/r _____

bei privat Versicherten: Vollversicherung Basistarif

Sind Sie Beihilfeberechtigte/r des öffentl. Dienstes? ja nein

bei gesetzlich Versicherten: freiwillig versichert pflichtversichert

Zahnzusatzversicherung: _____

Handy _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Für Neupatienten - Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlung! Durch: _____ Internet-Suche Zufall _____

Für unsere Fans – Danke für Ihre Treue!

alles wie bisher Ich wünsche mir _____

Weswegen begeben Sie sich bei uns in Behandlung?

Beratung / Kontrolle / Schmerz (wo?) _____

Sanierung Neuen Zahnarzt gesucht zweite Meinung einholen andere Gründe: _____

Haben Sie

Zahnschmerzen? ja nein
Zahnfleischbluten? ja nein
Gelockerte Zähne? ja nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein
Gab es eine Parodontosebehandlung? ja nein
Würgereiz stark? ja nein
Zähne reagieren auf süß / sauer / sind temperaturempfindlich

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"? ja nein
Interessieren Sie sich für hellere Zähne? ja nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja nein
Lachgasbehandlung interessant/notwendig? ja nein
Ist bereits einmal eine Angst-Therapie erfolgt? ja nein
 ja nein

Leiden Sie an Schmerzen der Halswirbelsäule? ja nein
des Rückens? ja nein
der Gelenke / Kiefergelenke? ja nein
Wirbelsäule? ja nein
Dauerschmerz / Zähne schmerzen mit / ohne Belastung? ja nein
Entzündungen am Zahnfleisch? ja nein
Haben Sie regelmäßig Kopfschmerzen ja nein

Schnarchen Sie? / Schlaflabor? ja nein

Funktion

Haben Sie eine Schiene? ja nein
Passen Ihre Zähne gut aufeinander? ja nein
Haben Sie scharfe Kanten? ja nein
Können Sie gut kauen? ja nein
Spüren Sie Ihr Kiefergelenk? ja nein
Haben / Hatten Sie Tinnitus? ja nein

Angst

Wie stufen Sie sich ein: nicht ängstlich Zahnarzt ist nicht Urlaub schlafe 1-2 Tage nicht vor dem Termin „Horror“

Röntgenaufnahmen

Wann wurden zum letzten Mal Röntgenaufnahmen der Zähne bei Ihnen gemacht: Zähne: _____ Übersichtsbild: _____

Sollten Sie aktuelle Röntgenaufnahmen haben, bringen Sie diese bitte zum Termin mit.

Allgemeine Gesundheitsfragen:

1. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche _____
2. Sind bisher bei Ihnen Unverträglichkeiten bei Medikamenten oder Spritzen aufgetreten? ja nein
Wenn ja, welche? _____
3. Erhalten Sie die Blutgerinnung hemmende Medikamente (Marcumar, Heparin, Mono Embolex, ASS o. ä.)? ja nein
4. WICHTIG: Sind Sie schon einmal mit „Bisphosphonaten“ behandelt worden? (beeinflusst Knochenstoffwechsel, u.a. bei Tumorerkrankungen und Osteoporose) ja nein
5. Haben oder hatten Sie eine Herz- oder Kreislauferkrankung, eine Herzschwäche oder einen Herzinfarkt?
Haben Sie eine künstliche Herzklappe? Ein künstliches Gelenk? ja nein
6. Haben Sie Diabetes (sind Sie zuckerkrank)? ja nein
7. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?
Schilddrüsenüber- / -unterfunktion? ja nein
Osteoporose? ja nein
Bluterkrankheit (Hämophilie)? ja nein
Epilepsie o. a. Krampfleiden? ja nein
Grüner Star? ja nein
Ohrensausen/Tinnitus ja nein
8. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten?
Hepatitis B / C? ja nein
HIV-Infektion (Aids)? ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Infektionserkrankung ja nein
9. Sind Sie schwanger? ja nein
10. Sind Sie Raucher/in? ja nein

Ich bestätige hiermit, dass meine obigen Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten

Hinweis für gesetzlich versicherte Patienten:

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen ist vertraglich festgelegt und für uns verbindlich. Dies umfasst eine Grundversorgung, die ausreichend, zweckmäßig, und wirtschaftlich sein muss (z. B. Amalgam als Füllungsmaterial, Stahlkronen usw.). Darüberhinausgehende, moderne zahnärztliche Behandlungsmöglichkeiten wie z. B. zahnfarbene Composite-Kunststoff-Füllungen, Bleaching, Gold- oder Keramik-Inlays, Keramik-Veneers, zirkulär keramisch verblendete Kronen, Implantate usw.) müssen wir als Privatleistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnen.

Erklärung des Patienten (oder Erziehungsberechtigten):

ja, ich möchte eine moderne zahnärztliche Behandlung auf dem Stand der Technik. Mir ist bekannt, dass Leistungen, die die kassenzahnärztlichen Vertragsleistungen übersteigen, nach der Gebührenordnung für Zahnärzte privat in Rechnung gestellt werden. Über die Höhe meines Eigenanteils werde ich informiert.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten

Nein, ich möchte ausschließlich im Rahmen der kassenzahnärztlichen Vertragsleistungen behandelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten