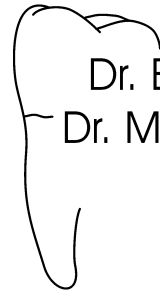


Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte helfen Sie uns, besser auf Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse einzugehen, indem Sie diesen Anmeldebogen vollständig ausfüllen. Gern sind wir Ihnen behilflich, wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder Sie Erklärungen benötigen. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.



Dr. Bärbel Porschen
Dr. Matthias J. Kettler

Mittelweg 9
37133 Niedernjessa

☎ 05509.2500

☎ 05509.8202

praxis@zahn2500.de
www.zahn2500.de

In der modernen Zahnheilkunde gibt es meist mehrere Versorgungsmöglichkeiten. Wir unterstützen Sie gern bei Ihrer Entscheidung.

Name	Vorname	geb.
Anschrift (PLZ, Ort, Strasse)		
Beruf	Arbeitgeber	
Telefon privat	Mobiltelefon	Telefon beruflich
Versicherung	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> freiwillig versichert
Ggf. Hauptversicherter	geb.	
Hausarzt (Name, Ort, möglichst Telefon)		
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Kommen Sie auf Empfehlung?		

Zahnmedizinische Vorgeschichte (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?
- Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? Bemerken Sie eine Erkrankung Ihres Zahnfleisches?
(z. B. häufiges Zahnfleischbluten)
- Tragen Sie Zahnersatz (auch Kronen) Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?
- Wie alt ist der Zahnersatz?
- Wünschen Sie bei einer möglicherweise schmerzhaften Behandlung eine Betäubung?
- Wann wurden Sie zum letzten Mal im Zahn-, Mund-, Kieferbereich geröntgt?

Wünschen Sie eine besondere Beratung ?

- Möchten Sie über verschiedene Behandlungsalternativen informiert werden ? Nein Ja
- Kariesvermeidung/Optimale Zahnpflege (Prophylaxe) Implantate
- Inlays (Goldgussfüllungen) Ästhetische Zahnheilkunde
- Zahnfarbene Keramikfüllungen Zahnfleischbehandlung
- Sonstige spezielle Wünsche Amalgamentfernung
-

↓ Bitte wenden ↓

Allgemeinmedizinische Vorgeschichte (Anamnese)

Gesundheitsstörungen aller Art können Auswirkungen auf die zahnmedizinische Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb im eigenen Interesse die folgenden Fragen möglichst sorgfältig und **teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes unbedingt mit**. Selbstverständlich werden auch diese Angaben vertraulich behandelt.

	Ja	Nein	
Haben Sie zu hohen Blutdruck ?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Welche Medikamente nehmen Sie z. Zt. regelmässig ein?
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck ?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie einen Herzschrittmacher ?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie eine Erkrankung des Herzens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
.....			
Für Patientinnen: sind Sie schwanger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie jemals eine Chemotherapie oder eine Therapie mit Bisphosphonaten? Ja Nein Haben Sie jemals „Aufbaupräparate“ für den Knochen oder gegen Osteoporose bekommen (Tabletten, Spritzen oder Infusionen)? <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> > falls ja, welche?
Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar, ASS) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend genannten Erkrankungen?

▪ Allergien, Heuschnupfen, Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> > falls ja, welche?
.....			
▪ Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Ja Nein
▪ Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Befinden Sie sich z. Zt. in ärztlicher Behandlung ? <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
▪ Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Name und Fachrichtung des Arztes:
▪ Nervenerkrankungen / Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
▪ Lebererkrankungen / Gelbsucht / Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
▪ Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie oder waren Sie in homöopathischer Behandlung ? <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
▪ Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	falls ja, weswegen?
▪ Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
▪ Magen- Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Besteht Ohnmachtsneigung ? <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
▪ Immunschwäche (HIV / AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
▪ Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
▪ Hatten Sie Krankenhausaufenthalte / Operationen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> > falls ja, wann und welche?
.....			
▪ Sonstige Erkrankungen / Besonderheiten? (z. B. Tumorerkrankungen, frühere Chemo- o. Strahlentherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> > falls ja, welche?
.....			
▪ Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> > falls ja, wieviel?
▪ Schnarchen Sie oder leiden Sie an einer anderen schlafbezogenen Atmungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> > falls ja, welche?
.....			
▪ Würden Sie sagen, dass Sie Angst vor einer Zahnbehandlung haben ?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Möchten Sie am Erinnerungsservice zur Gesundheits-Vorsorge („RECALL“) teilnehmen ? <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>

Bitte beachten !

Betäubungsmittel (Injektionen) und Medikamente, aber z. B. auch Aufregung, können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Bitte sagen Sie vereinbarte Behandlungstermine im Verhinderungsfall rechtzeitig ab.

Datum

Unterschrift