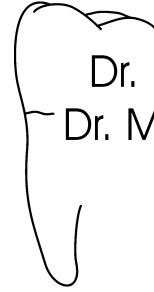


# Herzlich willkommen in unserer Praxis!

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 Niedernjesa  
 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

# 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 checked="" type="radio"/>	Welche Medikamente nehmen Sie z. Zt. regelmässig ein?
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>	
Haben Sie einen Herzschrittmacher ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>	
Haben Sie eine Erkrankung des Herzens ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> > falls ja, welche?	
<hr/>		
Für Patientinnen: sind Sie schwanger ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>	Hatten Sie jemals eine Chemotherapie oder eine Ja    Nein Therapie mit Bisphosphonaten?
Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen ( z. B. Marcumar, ASS ) ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>	
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> > falls ja, welche?	
<hr/>		

## Haben oder hatten Sie eine der nachstehend genannten Erkrankungen?

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

## 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