

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um Risiken zu vermeiden. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Ihr Praxisteam

Persönliches

Name, Vorname Geburtsdatum

.....

Straße Nr., PLZ Ort

.....

Telefon: privat beruflich mobil

.....

E-Mail Beruf

.....

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, über wen sind Sie versichert?

Name, Vorname Geburtsdatum

.....

Straße Nr., PLZ Ort

.....

Krankenversicherung privat versichert gesetzlich versichert
 beihilfeberechtigt

Allgemeine Anamnese

Hatten Sie/ einen... Schlaganfall Herzinfarkt Tumorbestrahlungen im Kopfbereich

Haben Sie... Tuberkulose grünen Star eine künstliche Herzklappe
 Rheuma Asthma einen Herzschrittmacher
 AIDS/HIV-positiv Epilepsie eine Lebererkrankung

Sind Allergien bekannt? ja nein
Wenn ja, welche:

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche?

.....

Nehmen Sie ein Blutverdünnungsmittel ein? ja nein
Wenn ja, welches?

.....

Haben Sie Diabetes? ja nein
Wenn ja, welche Therapie? Diät Tabletten Insulin

Rauchen Sie? ja nein

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, welche Woche bzw. welcher Monat?

.....weiter auf Seite 2---

Zahnärztliche Anamnese

Was ist Ihr Hauptanliegen?

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Warum haben Sie den Zahnarzt gewechselt?

Waren Sie in den letzten drei Jahren regelmäßig beim Zahnarzt? ja nein

Wurden in den letzten 12 Monaten zahnärztliche Röntgenbilder angefertigt? ja nein

Haben Sie Zahnfleischbluten ja nein

Haben Sie Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese? Dauerschmerz

Zähne reagieren auf: süß/sauer Belastung Temperatur

Sonstiges:

Sind bei Ihnen Implantate vorhanden? ja nein

Wie wichtig ist Ihnen die Gesundheit Ihrer Zähne? sehr wichtig wichtig weniger wichtig

Haben Sie überdurchschnittlich Angst vor zahnärztlichen Behandlungen? ja nein

Wie sind Sie erstmals auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Bekannte Zeitungsanzeige

Internet Branchenbuch

Ein Hinweis zur Organisation

Beachten Sie bitte, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes rechtzeitig mit, damit wir dies berücksichtigen können.

Wir sind eine Bestellpraxis und reservieren Termine exklusiv für Sie. Das erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Deshalb bitten wir Sie, reservierte Termine einzuhalten oder je nach Länge rechtzeitig vorher abzusagen.

Meine Unterschrift bestätigt die Richtigkeit meiner Angaben.

Norderstedt, den

Unterschrift

Wir hoffen, Sie fühlen sich bei uns wohl, und stehen Ihnen für alle Fragen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam & Zahnarzt

Dr. Bernhard Albers

zertifizierter Implantologe

spezialisiert auf Wurzelkanalbehandlung unter dem Mikroskop