



Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Julia Brendebach M.Sc. & Dr. Till Schriewer

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können.

Sagen Sie uns etwas über sich – über ihre Wünsche an uns.

Patient Name Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon / Fax _____ E-Mail _____

Versicherter Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon / Fax _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon / Fax _____

Krankenkasse / Krankenversicherung _____

Durch wen wurden Sie empfohlen? _____

Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden? ja nein
Wenn ja, bitte beiliegende Recallkarte ausfüllen.

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestell-system eingebunden werden müssen, dadurch kann es manchmal zu geringen Zeitverschiebungen kommen.

Datum, Unterschrift _____



Anamnese

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben.
Diese unterliegen selbstverständlich – wie alle persönlichen Daten –
der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches? _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Mundgeruch? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie häufig Nacken- oder Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie manchmal Metallgeschmack? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schnarchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Name und Telefonnummer Ihres Hausarztes _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?
Allergien, wenn ja welche? _____

Herzerkrankungen? _____

Kreislaufkrankungen? _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Vegetative Erkrankungen, Ohnmachtsanfälle? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Erkrankungen des Nervensystems: Epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krämpfe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstiges _____ | | |

Bluterkrankungen _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Infektionskrankheiten: Leberentzündung,
Gelbsucht, Hepatitis A/B | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Chronische Erkrankung der Atemwege | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt?
Wenn ja, Ergebnis? positiv negativ

Schwangerschaft, wenn ja, in welchem Monat? _____

Sonstige Erkrankungen? _____

Teilen Sie uns bitte mit, falls Ihr Gesundheitszustand sich verändert hat. Medikamente – auch
Betäubungsspritzen – können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Datum, Unterschrift _____