

ZAHNMEDIZIN IM FORUM

Dr. Martin Göthert & Dr. Jan David Schepers, M.Sc.

Zahnärzte und Oralchirurgen

Bahnhofstrasse 100 25451 Quickborn Tel.: 04106 / 80 40 971

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Bevor wir uns über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um eine optimale medizinische Behandlung durchführen zu können. **Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.** Wir möchten unsere Patienten mit den modernsten Methoden und dem heutigen aktuellen Wissenstand im Fachgebiet Zahnmedizin behandeln. Auch das zahnmedizinische Fach wächst durch weltweite Forschung in seinem Volumen. Für den Zahnarzt ist es wichtig den allgemeinmedizinische Zustand jedes Patienten zu kennen, um die richtige Therapie für den einzelnen Patienten zu finden.

Patient:
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter:
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

.....
Telefon: privat/geschäftlich/mobil E-mail Adresse

Krankenkasse:

Private Versicherung:.....

Hinweis: Behandlungen werden bei uns über dem so genannten Standardtarif (1,7 GOZ) abgerechnet.

Arbeitgeber/Beruf:
(Angabe im Falle eines Unfalls erforderlich)

Möchten Sie schriftlich per Post/ E-mail/ Telefon an die halbjährlichen Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt informiert werden? *Bitte ankreuzen*

Wünschen Sie insbesondere über unser individuelles Prophylaxeprogramm informiert zu werden? *Bitte ankreuzen*

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? (z.B. Empfehlung, Werbung, Praxisschild, etc.)?
.....

Bitte teilen Sie uns in der Zukunft Änderungen bei den oben genannten Angaben mit.

Gesundheitsfragebogen

Um eine optimale medizinische Behandlung durchführen zu können, müssen wir zunächst eine Befragung zu Ihrem Gesundheitszustand durchführen. **Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.** Wir möchten unsere Patienten mit den modernsten Methoden und dem heutigen aktuellen Wissenstand im Fachgebiet Zahnmedizin behandeln. Auch das zahnmedizinische Fach wächst durch weltweite Forschung in seinem Volumen. Für den Zahnarzt ist es wichtig den allgemeinmedizinischen Zustand jedes Patienten zu kennen, um die richtige Therapie für den einzelnen Patienten zu finden.

Allgemeine Anamnese / allgemeiner Gesundheitszustand:

- **Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja weshalb? Wer ist Ihr Hausarzt / Internist / Kardiologe, etc. (bitte geben Sie nach Möglichkeit den Namen/ Adresse / Tel. Nr. der betreffenden Ärzte an)**
-

- **Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja welche? (Wir können auch gerne Ihre Medikamentenverordnung vom Hausarzt, Internisten, Kardiologen fotokopieren!)**
-

Bitte kreuzen Sie die für Sie mit „Ja“ zu beantwortenden Fragen an:

- Waren Sie in den letzten 5 Jahren in stationärer Behandlung im Krankenhaus?**

Wenn ja, weshalb: _____

- Hatten Sie oder haben Sie eine Infektionskrankheit?**

Wenn ja, welche: _____

- Wurde jemals bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten mit einem Bluttest festgestellt?**

Hepatitis A, B, C, D, E, F ; wenn ja > welche _____

HIV / AIDS

- Haben Sie Allergien? Welche?**
-

Gab es bei Ihnen schon einmal Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten?

Wenn ja , welche _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? >>> Bitte dem Arzt vorzeigen!

- Besteht oder bestand bei Ihnen eine neurologische oder psychiatrische Erkrankung?**

z.B. Epilepsie, starke Angst, Zahnarztphobie?

- Konnten bei Ihnen in der Vergangenheit Störungen des vegetativen Nervensystems erkannt werden? z.B. Tinnitus, Migräne ?**
-

- Sucht - Nehmen Sie regelmäßig Drogen ein oder sind Alkoholabhängig? Rauchen sie Tabak? Wenn ja, wieviel?**
-

- Leiden Sie an einer Stoffwechselerkrankung?**

Diabetes mellitus? Welcher Typ _____ Sind Sie gut eingestellt? ___ Insulin? ___

Erkrankungen der Schilddrüse? (z.B. Hyperthyreose) _____

weitere Stoffwechselerkrankungen _____

O Haben Sie Erkrankungen des Herzkreislaufsystems?

Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, o.ä.? _____

Bluthochdruck? Wie hoch ist Ihr Blutdruck? _____

niedriger Blutdruck: _____

Wurden Sie schon einmal am Herzen operiert?

(By-Pass, Stents, Herzschrittmacher, Herzklappe oder Gefäßprothese, etc.)

Wenn „ja“ welche Herz-OP? Wann? _____ - _____

O Wurden Ihnen Organe transplantiert? _____

Nehmen Sie ein immunsuppressives Medikament ein? _____

O Ist bei Ihnen eine Störung des Blutgerinnungssystems bekannt?

„Bluter“ _____

Blutungsneigung durch Medikamente? z.B, ASS, Marcumar ? _____

O Haben Sie Erkrankungen im Bereich des Magen-Darm-Systems?

O Erkrankung des Bewegungsapparat/Behandlung beim Orthopäden bzw. Physiotherapeuten: Hals-Rücken- Beschwerden; Rheuma; chronische Arthritis etc.?

O Hatten oder haben Sie eine Tumorbehandlung? Wurden oder werden Sie in diesem Zusammenhang wie folgt behandelt?

Operation _____

Chemotherapie

Bestrahlung

O Augenkrankheiten: Kammerwinkelglaukom, etc. _____

O NUR an unsere Patientinnen gerichtet: Sind sie Schwanger? NEIN JA

Bei bestehender Schwangerschaft; welche Schwangerschaftswoche ? _____

Hinweis: Liebe Patientinnen, sollten Sie in Zukunft schwanger werden oder sollte die Möglichkeit einer beginnenden Schwangerschaft bestehen, so teilen Sie uns dieses **umgehend** mit. Bitte teilen Sie uns für den Fall einer bestehenden Schwangerschaft den Namen / Anschrift / Tel-Nr. Ihres Gynäkologen mit:

Spezielle Anamnese/zahnmedizinischer Gesundheitszustand:

- **Haben Sie zur Zeit Probleme oder Schmerzen an den Zähnen oder im Bereich der Kiefer und des Mundes?** _____

- **Wie können wir Ihnen helfen? Was ist Ihr persönliches Anliegen?**

Kontrolluntersuchung

ästhetische Verbesserungen

Zahnfleischprobleme (Parodontitis)

Beschwerden mit dem altem Zahnersatz

Beratung durch den Zahnarzt

Implantate: Beratung / Aufklärung

Individualprophylaxe

weitere Anliegen

_____ Datum / Unterschrift des Patienten/in bzw. Erziehungsberechtigten