Anmelde-Formular

Dr. Michael Lickvers
ZAHNARZTPRAXIS

Patient (Name, Vorname) | Geburtsdatum

Straße, Hausnummer | PLZ, Wohnort

Telefon | Mobil

○ Ehegatte ○ Mutter ○ Vater

Versicherter (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer | PLZ, Wohnort

Telefon | Mobil

Beruf

Arbeitgeber | Telefon

Krankenkasse | Empfohlen von

Manche Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher erbitten wir einige Angaben, die selbstverständlich vertraulich behandelt werden und die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Risiko-Anamnese:

Waren Sie in der letzten Zeit im Krankenhaus oder befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?	○ Ja ○ Nein
Wer ist Ihr Hausarzt? Name	Ort
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn, ja welche und wogegen?	○ Ja ○ Nein
Bestehen Überempfindlichkeiten bzw. Allergien gegen Medikamente oder andere Substanzen, z. B. Latex? Wenn ja, gegen welche?	○ Ja ○ Nein

Risiko-Anamnese:

Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen?	○ Ja	○ Nein
Nur für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	○ Ja	○ Nein

Leiden Sie an:

a) Herz- oder Kreislauferkrankungen? Wenn ja, welcher Art sind diese? _____ _____ _____	○ Ja	○ Nein
b) Einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?	○ Ja	○ Nein
c) Einer künstlichen Herzklappenprothese?	○ Ja	○ Nein
d) Einer Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	○ Ja	○ Nein
e) Haben Sie einen Herzschrittmacher?	○ Ja	○ Nein
f) Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?	○ Ja	○ Nein
g) Neigen Sie zu Blutungen, Blutkrankheiten?	○ Ja	○ Nein
h) Rheuma / Rheumatisches Fieber?	○ Ja	○ Nein
i) Zuckerkrankheit (Diabetes)?	○ Ja	○ Nein
j) Schilddrüsenerkrankungen?	○ Ja	○ Nein
k) AIDS, Tuberkulose, Hepatitis (Gelbsucht), ggf auch in der Vergangenheit?	○ Ja	○ Nein
l) Schlaganfall	○ Ja	○ Nein
m) Nierenerkrankung	○ Ja	○ Nein
n) hoher Blutdruck	○ Ja	○ Nein
o) Nervenerkrankungen / Anfallsleiden (Epilepsie)	○ Ja	○ Nein

Leiden Sie an:

p) Sonstige Erkrankungen?	○ Ja	○ Nein
Wann wurden ca die letzten Röntgenaufnahmen im Kiefer-/ Gesichtsbereich angefertigt? Wo befinden sich diese?	○ Ja	○ Nein

Schnarchen Sie?	○ Ja	○ Nein
Bemerkt Ihr Partner/-in nächtliche Atempausen bzw. Atemaussetzer?	○ Ja	○ Nein
Sind Sie am Tag oft müde?	○ Ja	○ Nein

Sonstiges:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ○ Ja ○ Nein	zusatzversichert? ○ Ja ○ Nein	freiwillig versichert? ○ Ja ○ Nein

Anamnese zu Rauchgewohnheiten:

Rauchen Sie?	○ Ja ○ Nein
Nicht mehr seit _____ Jahren.	
Wenn ja, was rauchen Sie und wie viel pro Tag?	_____

Bitte beachten Sie den folgenden Hinweis zur Lokalanästhesie:

- Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

Und nun noch einige Hinweise :

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestell-System geführt. Wir bitten Sie daher, Ihre Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir Sie weiterhin, diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sollten uns durch einen nicht oder zu spät abgesagten Termin längere Ausfallzeiten entstehen, in denen wir auch keine anderen Patienten behandeln können, so sind wir nach § 611 BGB in Verbindung mit § 615 Abs. I BGB berechtigt, Ihnen unseren Verdienstausfall privat in Rechnung zu stellen.

Zahnärztlicher Anamnesebogen:

Waren Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig beim Zahnarzt? Wann war der letzte Zahnarztbesuch?	○ Ja ○ Nein _____
Der Grund Ihres Besuches ist: ○ Schmerzen	○ Beratung & Therapieplanung ○ zur Kontrolle
Haben Sie Schmerzen in der Kau/Kiefermuslulatur	○ Ja ○ Nein
Haben Sie Schmerzen im Ohr- bzw Kiefergelenksbereich?	○ Ja ○ Nein
Beobachten Sie ein Knacksen im Bereich der Kiefergelenke?	○ Ja ○ Nein
Neigen Sie zu häufigen Kopfschmerzen?	○ Ja ○ Nein

Nur noch einige Fragen für eine persönliche und erfolgreiche Zusammenarbeit:

Wurde bereits in der Vergangenheit eine systematische Zahnbettbehandlung (Parodontalbehandlung) bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, wann?	○ Ja ○ Nein _____
Stehen Sie in der Regel unter Zeitdruck?	○ Ja ○ Nein
Wünschen Sie eine Benachrichtigung zu Ihrer Kontrolluntersuchung?	○ Ja ○ Nein
Haben Sie Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung ?	(viel 5 wenig 1)? _____

_____ Datum

_____ Unterschrift

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

_____ Datum

_____ Unterschrift

_____ Datum

_____ Unterschrift

Wir freuen uns über Ihren Besuch!