



Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir um folgende Informationen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen teilen Sie uns bitte umgehend mit.

| Patient/Patientin | Versicherter/Versicherte |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Name _____ | Name _____ |
| Vorname _____ | Vorname _____ |
| Geb.-Datum _____ | Geb.-Datum _____ |
| PLZ, Wohnort _____ | PLZ, Wohnort _____ |
| Straße Haus-Nr. _____ | Straße Haus-Nr. _____ |
| Telefon privat _____ von / bis _____ | |
| Telefon beruflich _____ von / bis _____ | |
| E-Mail Adresse _____ | Arbeitgeberadresse _____ |
| Beruf _____ | |
| Krankenkasse _____ | Haben Sie einen Basistarif ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____ | |

| Ihr Hauptanliegen: | Ja / Nein | Wünschen Sie eine Beratung über | Ja / Nein |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------|
| Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Karies-Vermeidung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Zahnfarbene Füllungen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Bemerken Sie Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Wurzelbehandlung/en | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie öfters Kopf- oder Nackenschmerzen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Parodontalbehandlung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Ästhetik | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Interessieren Sie sich auch für Behandlungsmöglichkeiten, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse hinausgehen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hochwertigen Zahnersatz | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | Implantate | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | Sonstiges | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| Allgemeine medizinische Fragen | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Haben oder hatten Sie Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Herzklappenersatz)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Letzte Röntgenuntersuchung _____ |
| Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sind Sie Raucher/in? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose o. ä.)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Wenn Ja: |
| Grunderkrankungen (Diabetes, Lebererkrankung o. ä.)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Zigaretten pro Tag: bis 10 <input type="checkbox"/> |
| Wenn Ja, welche? _____ | 10 – 20 <input type="checkbox"/> |
| Bluterkrankung / Blutungsneigung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Mehr als 20 <input type="checkbox"/> |
| Arzneimittelüberempfindlichkeit / Allergie gegen _____ | Bei Frauen: |
| Haben Sie einen Allergie - Pass? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Besteht eine Schwangerschaft? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Wenn Ja, welcher Monat? _____ |
| Wenn Ja – Welche? _____ | |
| Liegen andere Erkrankungen vor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Wenn Ja – Welche? _____ | |
| Hausarzt/-ärztin _____ | Adresse _____ |
| | Telefon _____ |

Zahnärztliche Anamnese

Bei Beschwerden:

Wo genau?

Welcher Art?

Seit wann?

Wie häufig?

Wie lange halten die Beschwerden jeweils an?

Zu welcher Tageszeit erscheinen die Beschwerden?

Welcher Reiz provoziert oder verstärkt die Beschwerden?

Erfolgte bereits eine Behandlung der Beschwerden?

Wurzelbehandlungen erfolgten an den Zähnen:

Gibt es Beschwerden an einem wurzelbehandelten Zahn? Ja Nein

Welche Beschwerden treten auf?

Wann genau wurde der betreffende Zahn zum ersten Mal behandelt?

Wann genau wurde der betreffende Zahn zum letzten Mal behandelt?

Wie haben sich die Symptome nach der Behandlung geändert?

Wann haben Sie zuletzt einen Zahnarzt besucht?

Welche Behandlung erfolgte dabei?

Wurde eine Parodontalbehandlung durchgeführt? Ja Nein Falls ja, wann? Mit welcher Methode? Curettage Lappen-OP Andere und zwarWurde bei Ihrer Mutter frühzeitiger Zahnverlust diagnostiziert? Ja Nein Wann wurde eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Mit welcher Methode? nur abnehmbare Geräte Multiband Andere und zwar

Welche Weisheitszähne sind entfernt?

Fehlende, nicht ersetzte Zähne

Krone/n an Zahn

 ist/sind vorhanden ca. seit (Jahr)

Brücke/n an den Zähnen

 ist/sind vorhanden ca. seit (Jahr)Herausnehmbarer Zahnersatz ist vorhanden Ja Nein im Oberkiefer ca. seit (Jahr) im Unterkiefer ca. seit (Jahr)

Beachten Sie bitte, dass nach Injektionen zur örtlichen Betäubung die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit herabgesetzt werden kann. Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis. Bitte halten Sie deshalb die vereinbarten Termine ein oder teilen Sie uns eine Verhinderung zur Vermeidung unnötiger Kosten mindestens 24 Stunden vorher mit. Sollte ich einen Termin nicht mindestens 24 Stunden vorher absagen, verpflichte ich mich, der Praxis für die für mich reservierte Behandlungszeit die Betriebskosten zu erstatten. Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben und Ihr Einverständnis mit den vorstehenden Erklärungen mit Ihrer Unterschrift.

Hagen, den

Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit Ihr Zahnarzt und das Praxisteam Dr. M. Eggert, M.Sc.

Endodontologie Hagen, Dr. Martin Eggert, M.Sc.
 Lenzmannstr. 10 • 58095 Hagen • Telefon 0 23 31 / 2 26 61
 Email kontakt@endodontologie-hagen.de • kontakt@zahnarzt-eggert.de
 www.endodontologie-hagen.de • www.zahnarzt-eggert.de