



Dr. Bärbel Porschen
Dr. Matthias J. Kettler

Mittelweg 9
37133 Niedernjesa

☎ 05509.2500
☎ 05509.8202

praxis@zahn2500.de
www.zahn2500.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte helfen Sie uns, besser auf Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse einzugehen, indem Sie diesen Anmeldebogen vollständig ausfüllen. Gern sind wir Ihnen behilflich, wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder Sie Erklärungen benötigen. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

In der modernen Zahnheilkunde gibt es meist mehrere Versorgungsmöglichkeiten. Wir unterstützen Sie gern bei Ihrer Entscheidung.

Name	Vorname	geb.
Anschrift (PLZ, Ort, Strasse)		
Beruf	Arbeitgeber	
Telefon privat	Mobiltelefon	Telefon beruflich
Versicherung	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> freiwillig versichert
Ggf. Hauptversicherter	geb.	
Hausarzt (Name, Ort, möglichst Telefon)		
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Kommen Sie auf Empfehlung?		

Zahnmedizinische Vorgeschichte

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?	Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? <input type="checkbox"/>	Bemerken Sie eine Erkrankung Ihres Zahnfleisches? (z. B. häufiges Zahnfleischbluten)	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnersatz (auch Kronen) <input type="checkbox"/>	Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>
Wie alt ist der Zahnersatz?		
Wünschen Sie bei einer möglicherweise schmerzhaften Behandlung eine Betäubung?		<input type="checkbox"/>
Wann wurden Sie zum letzten Mal im Zahn-, Mund-, Kieferbereich geröntgt?		

Wünschen Sie eine besondere Beratung ?

<input checked="" type="checkbox"/> Möchten Sie über verschiedene Behandlungsalternativen informiert werden ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Kariesvermeidung/Optimale Zahnpflege (Prophylaxe) <input type="checkbox"/>	Implantate	<input type="checkbox"/>
Inlays (Goldgussfüllungen) <input type="checkbox"/>	Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Keramikfüllungen <input type="checkbox"/>	Zahnfleischbehandlung	<input type="checkbox"/>
Sonstige spezielle Wünsche	Amalgamentfernung	<input type="checkbox"/>

↓ Bitte wenden ↓

Allgemeinmedizinische Vorgeschichte (Anamnese)

Gesundheitsstörungen aller Art können Auswirkungen auf die zahnmedizinische Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb im eigenen Interesse die folgenden Fragen möglichst sorgfältig und teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes unbedingt mit. Selbstverständlich werden auch diese Angaben vertraulich behandelt.

Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie z. Zt. regelmässig ein?

- Haben Sie zu hohen Blutdruck ?
- Haben Sie zu niedrigen Blutdruck ?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher ?
- Haben Sie eine Erkrankung des Herzens ?

> falls ja, welche?

- Für Patientinnen: sind Sie schwanger ?
- Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar, ASS) ?
- Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht ?

> falls ja, welche?

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend genannten Erkrankungen?

- Allergien, Heuschnupfen, Unverträglichkeiten
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Nervenerkrankungen / Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)
- Lebererkrankungen / Gelbsucht / Hepatitis
- Rheuma
- Nierenerkrankungen
- Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)
- Magen- Darmerkrankungen
- Immunschwäche (HIV / AIDS)
- Hatten Sie Krankenhausaufenthalte / Operationen ?

> falls ja, welche?

Ja Nein

▪ Befinden Sie sich z. Zt. in ärztlicher Behandlung ?

▪ Name und Fachrichtung des Arztes:

▪ Sind Sie oder waren Sie in homöopathischer Behandlung ?

▪ falls ja, weswegen?

▪ Besteht Ohnmachtsneigung ?

> falls ja, wann und welche?

▪ Sonstige Erkrankungen / Besonderheiten?

> falls ja, welche?

▪ Rauchen Sie?

> falls ja, wieviel?

▪ Schnarchen Sie oder leiden Sie an einer schlafbezogenen Atmungsstörung?

> falls ja, woran?

▪ Würden Sie sagen, dass Sie Angst vor einer Zahnbehandlung haben ?

▪ Möchten Sie am Erinnerungsservice zur Gesundheits-Vorsorge („RECALL“) teilnehmen?

Bitte beachten !

Betäubungsmittel (Injektionen) und Medikamente, aber z. B. auch Aufregung vor einer Behandlung, können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen. Bitte sagen Sie vereinbarte Behandlungstermine im Verhinderungsfall rechtzeitig ab.

Datum

Unterschrift