ZAHN QUALITÄT BY ZIEGLER

Christopher Ziegler
-
adresse
Drosselgasse 14
38442 Wolfsburg
telefon 05362 52233
mail info@z-hoch-zwei.de

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Christopher Ziegler & Team

Persönliches

Name, Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort

Straße | PLZ, Ort

Telefon (Festnetz/Mobil) | Telefon für Notfälle

E-Mail | Beruf, Arbeitgeber

Versicherung

Name der Krankenkasse

☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ zahnzusatzversichert

Sind Patient und Versicherungsnehmer nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers.

Name, Vorname | Geburtsdatum

Straße | PLZ,Ort

Hausarzt

Name | Ort/Telefonnummer

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung von ☐ Internet ☐ Sonstiges

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, das Sie in unsere Praxis führt?

☐ Vorsorgeuntersuchung ☐ Beratung ☐ Schmerzbehandlung
☐ neuer Zahnersatz ☐ zweite Meinung ☐ Sonstiges:

Bitte wenden!

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein	
Hoher Blutdruck	☐	☐	
Niedriger Blutdruck	☐	☐	
Blutgerinnungsstörungen	☐	☐	
Herzinfarkt	☐	☐	
Schlaganfall	☐	☐	
Tumorerkrankungen	☐	☐	wenn ja, welche:
Herzerkrankungen (Herzpass)	☐	☐	wenn ja, welche:
Diabetes	☐	☐	HbA1c-Wert:
Allergien/Arzneimittelüberempfindlichkeit	☐	☐	wenn ja, welche:
OP's in den letzten 2 Jahren	☐	☐	wenn ja, welche:
Endoprothesen/Implantate (z.B. Herzklappe,Herzschrittmacher, Stent, Hüfte, Knie)	☐	☐	wenn ja, welche:
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	☐	☐	
Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐	wenn ja, in welcher SSW:
Sonstige Erkrankungen	☐	☐	wenn ja, welche:

	ja	nein
Rheumatische Erkrankungen	☐	☐
Epilepsie	☐	☐
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Osteoporose	☐	☐

Infektionskrankheiten/Bakterien

☐ HIV ☐ Hepatitis A / B / C ☐ Tuberkulose ☐ MRSA-Keim ☐ Sonstiges: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ Blutverdünnende Medikamente: _____

☐ Blutdrucksenker ☐ Bisphoshonate ☐ Kortison

☐ Schmerzmittel ☐ Antidepressiva ☐ Medikamentenpass

☐ Pflegestufe I ☐ II ☐ III ☐

☐ Sonstiges: _____

Mundgesundheit

Wann wurde die letzte zahnärztliche Untersuchung durchgeführt? _____

Wann sind die letzten Röntgenbilder angefertigt worden? _____

	ja	nein
Rauchen Sie? Wieviel am Tag?	☐	☐
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	☐	☐
Tragen Sie eine Schiene?	☐	☐
Haben oder hatten Sie Kiefergelenkgeräusche, Knacken oder Reiben?	☐	☐
Leiden Sie unter Migräne oder häufigen Kopf-/Nackenschmerzen?	☐	☐
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	☐	☐
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	☐	☐
Haben Sie überempfindliche Zähne?	☐	☐
Schnarchen Sie?	☐	☐
Wurde bei Ihnen bereits eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt?	☐	☐
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR)?	☐	☐
Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	☐	☐
Möchten Sie in unser Recall-Programm (Prophylaxe) aufgenommen werden?	☐	☐
Wünschen Sie Behandlungen mit Fluoridierungsmitteln?	☐	☐

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Verteter/in

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit für Sie reserviert. **Wir bitten daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher per Mail oder Telefon abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mit einem Ausfallhonorar in Rechnung gestellt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Verteter/in