



DENTHARMONIE

ZAHNARZTPRAXIS JÜLICH

Anamnese

Herzlich Willkommen!

Um die Behandlung ideal auf Ihre persönliche Situation abzustimmen, füllen Sie bitte unseren Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. J=Ja, N=Nein

Kontaktdaten

Name, Vorname

Geburtsdatum und -Ort

Adresse

Beruf

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail-Adresse

Versicherungsart

Privat Kasse

Versicherung / Krankenkasse

Beihilfe Zusatzversicherung

Einverständniserklärungen

Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein und erkläre mich damit einverstanden, dass alle in dieser Praxis tätigen Behandler Einsicht in meine personenbezogenen Daten nehmen dürfen.

Ja, ich willige ein

Datum, Unterschrift

Hausarzt

Name des Hausarztes

Anschrift des Hausarztes

Telefonnummer des Hausarztes

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Um unseren Patientenservice zu verbessern, freuen wir uns, wenn Sie uns mitteilen, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind.

Empfehlung durch

Überwiesen von

Über das Internet

Webseite

Google

Facebook/Instagram

Ärztebewertungsportale
(z.B. Jameda, Arzt-Auskunft, imedo)

Sonstige Internetpräsenz:

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde im Falle einer Weiter- bzw. Mitbehandlung anderer Zahnärzte/Ärzte Frau Dr. Maike Becker-Ewert von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, usw.) sowie weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung auf Anforderung an weiter- bzw. mitbehandelnde Zahnärzte/Ärzte übersandt werden dürfen.

Ja, ich willige ein

Datum, Unterschrift

Allgemein

Geschlecht

w m d

Für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft

J N

Wenn ja, in welcher Woche?

Haben Sie akute medizinische Beschwerden?
(Erkrankungen/ Prothesen Hüfte/Knie?)

J N

Haben Sie akute zahnmedizinische Beschwerden?

J N

Welche zahnärztlichen Behandlungen hatten Sie in den letzten 3 Jahren (außer Routineuntersuchungen und Vorsorge)?

Liegt ein Pflegegrad vor?

J N

Behandlung

Leiden Sie zurzeit an einer Infektion?
(z.B. Erkältung, Magen-/Darminfektion)

J N

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?

J N

Kam es bei früheren Behandlungen/ Operationen zu Komplikationen?
(wie verstärkte Blutungen, Narbenbildung, Abszessbildung, ...)

J N

Dürfen alkoholische Spüllösungen verwendet bzw. alkoholische Mittel verabreicht werden?

J N

Medikamente

Nehmen Sie Bisphosphonate (Krebstherapie/Osteoporose)? Oder haben Sie in der Vergangenheit welche eingenommen?
(Aciasta®, Actonel®, Bonviva®, Fosamax®, Fosavance®, Zometa®, bzw. Alendronat, Risedronat, Ibandronat, Zoledronat)

J N

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein?

(z.B. Augentropfen oder Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®, Psychopharmaka, Antidiabetika, frei käufliche Präparate)

J N

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel zu sich?

J N

Falls Sie eine Therapieplanerstellung auf Grundlage einer Blutuntersuchung wünschen, möchten Sie eine Empfehlung für Nahrungsergänzungsmittel / Supplemente?

J N

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck

J N

Niedriger Blutdruck

J N

Herzinfarkt

J N

Herzschrittmacher/Herzklappenersatz

J N

Durchblutungsstörungen

J N

Schlaganfall

J N

Thrombose/Embolie

J N

Endokarditisprophylaxe

J N

Andere hier nicht genannte Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

J N

Allergien/Unverträglichkeiten

Schmerzmittel

J N

Antibiotika

J N

Lokalanästhesie

J N

Jod

J N

Andere hier nicht aufgeführte Allergien oder Unverträglichkeiten:

J N

Chronische Erkrankungen

Leiden Sie an einer der folgenden chronischen Erkrankungen?

Rheuma J N

Arthritis J N

Autoimmunerkrankung J N

Chronische Müdigkeit oder Abgeschlagenheit J N

Chronische Muskel & Gelenkschmerzen (z. B. Tennisarm) J N

Sonstige J N

Infektionskrankheiten

Hepatitis J N

A B C D

HIV-positiv (AIDS) J N

Tuberkulose (Tbc) J N

Andere Infektionskrankheiten J N

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes mellitus J N

Typ 1 Typ 2

Osteoporose J N

Sonstige J N

Schilddrüsenerkrankungen

Leiden Sie an einer der folgenden Schilddrüsenerkrankungen?

Schilddrüsenüberfunktion J N

Schilddrüsenunterfunktion J N

Hashimoto J N

Weitere Erkrankungen

Lungenerkrankung J N

Asthma J N

Krebserkrankungen J N

Epilepsie J N

Magen-Darm-Erkrankungen J N

Nierenerkrankungen J N

Augenerkrankungen J N

Weitere hier nicht aufgeführte Erkrankungen J N

Zahnästhetik

Lachen Sie gerne und zeigen dabei Ihre Zähne? J N

Sind Sie mit Ihrer natürlichen Zahnfarbe zufrieden? J N

Fallen Füllungen, Kronen oder Brücken durch ihre Zahnfarbe gegenüber Ihren natürlichen Zähnen auf? J N

Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? J N

Konsumieren Sie regelmäßig Genussmittel? (Tee, Kaffee, Rotwein, etc.) J N

Fragen zur Zahn- und Mundgesundheit

Haben Sie Zahnfleischbluten? J N

Sind Zähne gelockert? J N

Schmerzen Ihre Zähne bei kalten oder warmen Speisen/Getränken? J N

Ist Ihnen oder Ihren Mitmenschen Mundgeruch aufgefallen? J N

Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)

- Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? J N
- Haben Sie Kopf-, Nackenschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen? J N
- Leiden Sie an Schwindel und/oder Tinnitus? J N
- Schnarchen Sie? J N

Zahnersatz

- Haben Sie einen Zahnersatz?
Teleskopschiene, Kronen, Brücken, Prothesen J N

- Haben Sie Schwierigkeiten beim Abbeißen/Kauen bestimmter Lebensmittel (z.B. Apfel, Nüsse, rohe Möhren, Steak)? J N
- Verursacht Ihr Zahnersatz Schmerzen oder wunde Stellen im Mund? J N
- Sind Speisereste in Ihrem Zahnersatz ein Problem? J N
- Denken Sie beim Lachen sofort an den Sitz Ihres Zahnersatzes? J N

Zahnbehandlung

- Haben Sie Angst während der Behandlung? J N
- Wünschen Sie ausschließlich eine zweite Meinung? J N
- Weitere hier nicht aufgeführte Fragen/Beratungswünsche: J N

Was ist Ihnen bei der Behandlung besonders wichtig?

Röntgenaufnahmen

Wann und wo wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

Konsum

- Rauchen Sie? J N
- 10 Zigaretten und mehr
 weniger als 10 Zigaretten
- Haben Sie mal geraucht? J N
- Konsumieren Sie anderweitige Rauschmittel? J N
- Wenn ja:
- mehrmals täglich täglich
 mehrmals wöchentlich wöchentlich
 unregelmäßig

Recall

- Ich möchte regelmäßig an folgende Termine erinnert werden: J N
- Kontrolluntersuchung
 Professionelle Zahnreinigung
- Der Recall darf erfolgen per SMS

Achtung! Hiermit weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass eine regelmäßige Zahnreinigung und Kontrolluntersuchung essenziell sind, um den langfristigen Erfolg Ihrer Behandlung zu sichern!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie: Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig, jedoch spätestens 24 Stunden vorher ab. Andernfalls müssen wir Ihnen ausgefallene Termine mit 50€ in Rechnung stellen, sofern wir keinen Ersatzpatienten einbestellen können, es sei denn, an dem Versäumnis trifft Sie kein Verschulden. Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer persönlichen Daten oder Ihrer Versicherung unaufgefordert mit.

Datum, Unterschrift