



AM KREUZBERG

ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Matthias Eigenbrodt & Partner
Bergmannstr. 2 • 10961 Berlin

Sehr geehrte Patientin, lieber Patient,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, beide Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Anmeldung

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Bitte teilen Sie uns deshalb mindestens 48 Stunden vorher mit, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können. Nicht eingehaltene Termine müssen wir leider in Rechnung stellen.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen abgegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

Angaben zu Ihren Zähnen und Zahnbehandlungen -Spezielle zahnärztliche Anamnese-

Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, des Kiefergelenkes und der Kaumuskelatur können Auswirkungen auf den gesamten Organismus des menschlichen Körpers haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu vorausgegangenen Behandlungen, akuten Beschwerden, und dem aktuellen Zustand Ihrer Zähne, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte vorhandene Behandlungsunterlagen zu Ihrem ersten Termin mit. Vielen Dank!

Patient

Name:
Vorname / Titel:
Straße:
PLZ / Ort:
Geb.-Datum:
Beruf:
Arbeitgeber:
Krankenkasse:
Telefon privat:
Fax privat:
Handy:
E-Mail:
Telefon Arbeit:

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name:
Vorname / Titel:
Straße:
PLZ / Ort:
Geb.-Datum:
Beruf:
Arbeitgeber:
Telefon privat:

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Freiwillig versichert
- Privat versichert
 - Beihilfeberechtigt
 - nur Basistarif
- Private Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch:
- Straßenschild
- Gelbe Seiten
- Internet
- Sonstiges:

Folgende Unterlagen bringe ich zur Erstuntersuchung mit:

- Allergiepass
- Behandlungsplan
- Bonusheft
- Gutachten
- Implantatpass
- Kiefergelenkstatus (CMD)
- Parodontalstatus
- Röntgenbilder
- Röntgenpass
- Sonstiges:

Grund meines Zahnarztbesuchs

- HarmonieSchiene
- Kariesinfiltration
- Kiefergelenksprobleme
- Kontrolluntersuchung
- Probleme mit Zahnersatz
- PZR
- Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Zähne
- Zähneknirschen
- Zahnfehlstellungen
- Zahnfleischproblem
- Zahnschmerzen
- Zweite Zahnarztmeinung
- Sonstiges:

Meine besonderen Anliegen und Wünsche

- Amalgamentfernung / -sanierung
- Behandlung unter Hypnose
- Bleaching / Zahnaufhellung
- Implantate
- Keramik-Inlays
- Keramikkronen und -brücken
- Kieferorthopädie
- Knirscherschiene
- Laserbehandlung
- Mundgeruchbehandlung
- Mundgesundheitsvorsorge (PZR)
- nadelfreie Betäubung
- Veneers (Keramik-Verblendschalen)
- Zahnersatz
- Zahnfleischbehandlung / PerioChip
- Sonstiges:

Wollen Sie an unserem Erinnerungs-Service (Recall) teilnehmen?

- Ja SMS E-Mail
- Nein

Ihre speziellen Wünsche an die Behandlung

- Ich wünsche eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft
- Ich möchte genauestens über jeden Behandlungsschritt informiert sein
- Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen
- Ich leide unter Zahnarztphobie (ANGST)
- Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden oder
- nur nach vorheriger Absprache bei schmerzhaften Eingriffen eine Betäubung

Ihre vorausgegangenen zahnärztlichen Behandlungen

Ja Nein

- Wurden bei Ihnen Kieferoperationen (z. B. Weisheitszahnentfernung, Implantate) durchgeführt?
 Hatten Sie als Kind eine Zahnspange, Klammer oder waren Sie sonst in kieferorthopädischer Behandlung?
Wenn ja, wann wurde die Behandlung abgeschlossen?
- Wurden Zähne überkront und / oder tragen Sie Zahnersatz?
Wenn ja, wann wurden zuletzt Kronen / Zahnersatz eingegliedert?
Gibt es Probleme damit? Nein Ja, nämlich:
- Wurde bei Ihnen schon mal eine Zahnfleischbehandlung (Parodontitisbehandlung) durchgeführt?
 Haben Sie bisher an regelmässigen Prophylaxeprogrammen teilgenommen?
 Wurde bei Ihnen schon einmal speziell das Kiefergelenk mittels einer Funktionsanalyse untersucht?

Angaben zum Gesundheitszustand -Ärztliche Anamnese-

Krankheiten, Allergien und Medikamenten-Unverträglichkeiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte auch Ihren Allergie-Pass zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit Medikamente einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

- Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung:
Wenn ja, welche? Marcumar / Falithrom ASS
- Sonstige:

Allergien:

Sind Sie Raucher? Nein Ja | Menge pro Tag:

Für Patientinnen:

Sind Sie schwanger? Nein Ja | Wenn ja, welcher Monat?

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV / AIDS) | <input type="checkbox"/> regelmäßiger Alkoholkonsum |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Lunge | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> regelmäßiger Drogenkonsum |
| <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Magen / Darm. Was? | <input type="checkbox"/> Rheuma / Arthritis / Gicht |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="checkbox"/> Depression / Psychose | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhle | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> Nerven | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsstörung | <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Hep. C | <input type="checkbox"/> Operationen. Welche? | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Herz. Was? | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Wer ist Ihr Hausarzt? Tel.-Nummer:

Bei welchem der folgenden Fachärzte / Therapeuten sind Sie derzeit in Behandlung?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> Internist | <input type="checkbox"/> Orthopäde |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologe | <input type="checkbox"/> Kardiologe | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren | <input type="checkbox"/> Kieferorthopäde | <input type="checkbox"/> Reha-Klinik |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> Logopäde | <input type="checkbox"/> Schlaf-Klinik |

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Wer ist der behandelnde Facharzt / Therapeut? Tel.-Nummer:

Anästhesie:

Unsere Praxis legt großen Wert darauf, dass Sie schmerzfrei behandelt werden. Da jede medizinische Behandlung gewisse Risiken birgt, sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, Sie darüber aufzuklären.

Mögliche seltene Nebenwirkungen einer Leitungsanästhesie:

- Entzündung der Einstichstelle
- Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit
- leichte bis heftige allergische Reaktion auf verwendete Materialien / Wirkstoffe
- erst nach Tagen / Wochen / Monaten abklingende Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nerven
- dauerhafte Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nerven / hängende Lippen / Wange unter 1%
- allergische Reaktion auf verwendete Materialien / Wirkstoffe



AM KREUZBERG

ZAHNARZTPRAXIS

Berlin, den Unterschrift: