

# Praxis am Landschaftspark

## Die ganze Zahnmedizin

### LIEBE DEIN LÄCHELN

Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Deshalb möchten wir Ihre Wünsche, Vorstellungen und Ansprüche kennen lernen. So können wir Sie von Beginn an optimal betreuen.

Wir sind Ihnen daher dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit für uns nehmen und den folgenden Patientenbogen ausfüllen. Wir freuen uns, Ihnen im Anschluss unser umfangreiches Leistungsspektrum vorstellen zu dürfen.

Hiermit versichern wir, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Betreuung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

### I. Persönliche Angaben

#### Patient

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

#### Versicherter

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

#### Anschrift

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

#### Kontakt

Private Tel.: \_\_\_\_\_ Geschäftlich: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Pflichtversichert  Freiwillig versichert  Private Zusatzversicherung  Beihilfe  privat  privat / Basisstarif

#### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: \_\_\_\_\_  Überweisung durch: \_\_\_\_\_

Internet  Telefonbuch  Gelbe Seiten  Sonstiges \_\_\_\_\_

### II. Risikoanamnese

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden kann.

Infektionskrankheiten (HIV, TBC, Hepatitis etc.)  Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck etc.)

Hormonelle Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüse etc.)  Blutgerinnungsstörung

Chronische Erkrankungen (Rheuma, MS, Krebs, Epilepsie etc.)  Schwangerschaft (\_\_\_ Monat)  Stillzeit (\_\_\_ Monat)

Allergien, Arzneimittelüberempfindlichkeiten, welche? \_\_\_\_\_  Medikamenteneinnahme welche? \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie Raucher?

### III. Spezielle medizinische Anamnese

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkung zum Kauorgan stehen. Durch Ihre Angaben können eventuelle Zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

Magen, Bauchspeicheldrüse, Milz: \_\_\_\_\_

Leber, Galle: \_\_\_\_\_

Atemsystem, Verdauung, Nasennebenhöhle: \_\_\_\_\_

Haut (Allergie, Neurodermitis etc.): \_\_\_\_\_

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hormonelle Störungen: \_\_\_\_\_

Niere, Blase, Lymphe, Unterleib: \_\_\_\_\_

Psychische Probleme/Belastungen (auch Therapie): \_\_\_\_\_

Spezielle Probleme oder sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

## IV. Zahnmedizinische Anamnese

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Aktuell: \_\_\_\_\_

Langfristig: \_\_\_\_\_

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

Wie zufrieden sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne? Zeigen Sie Ihre Zähne gerne?

Ja  Nein, weil \_\_\_\_\_  Neutral

Sind Sie an ästhetischen Veränderungen interessiert?

- Ja, ich empfinde die Farbe meiner Zähne als unattraktiv und bin an einem Bleaching (Aufhellung der Zähne) interessiert
- Mich stört das Aussehen von Füllungen oder Zahnersatz in meinem Mund
- Die Stellung meiner Zahnreihen empfinde ich als nicht optimal
- Ich hätte gerne ein gesünder aussehendes Zahnfleisch
- Meine Zahnlücken stören mich
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnersatz?  Ja  Seit wann \_\_\_\_\_  Festsitzend  Herausnehmbar  Nein

Haben Sie Implantate?  Ja  Seit wann \_\_\_\_\_  Nein

Was könnte Ihrer Meinung nach hierbei verbessert werden?

- Optik  Kaufunktion  Sitz/Halt  Hygienefähigkeit  Biol. Verträglichkeit
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ist Ihnen aufgefallen, dass...

- Ihr Zahnfleisch (häufiger) blutet
- Ihr Zahnfleisch zurückweicht bzw. Ihnen Ihre Zähne länger erscheinen als sonst
- Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden
- Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen
- sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet
- sich Ihre Zähne schnell verfärben
- sich Ihre Mundschleimhäute häufig entzünden

Die Mundhöhle steht in enger Beziehung zu Ihrer allgemeinen Gesundheit. Interessieren Sie sich für...

einen Test über die Verträglichkeit zahnmedizinischer Materialien?

Ist Ihnen in der letzten Zeit aufgefallen, dass...

- Sie mit Ihren Zähnen knirschen? Wenn ja, haben Sie eine Knirschschiene?  Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_
- Ihre Kiefergelenke knacken?
- Sie Ohrgeräusche haben?
- Ihre Zähne nicht richtig aufeinander passen?
- Sie Verspannungen im Bereich von Gesichts- und Nackenmuskulatur haben?
- Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne leiden?

Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja, Zeitraum: \_\_\_\_\_  
Schnarchen Sie  Nein  Ja

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient