

**Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient**

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Ort.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Beruf -Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ privat  Beihilfe

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ gesetzlich  private Zusatzversicherung

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Falls Sie an einer Erkrankung leiden, kreuzen Sie bitte das jeweils zutreffende Kästchen an.

Anamnese	ja	nein	Anamnese	ja	nein
Tuberkulose (Tbc)			Epilepsie		
Schilddrüsenerkrankung			Diabetes		
Asthma			Gicht		
Allergien			Rheuma		
- Penicillin			Gelenkersatz z.B. Hüfte		
Lebererkrankung			Osteoporose		
Hepatitis A / B / C			Krebs		
Hoher Blutdruck			Nierenerkrankung		
Niedriger Blutdruck			Dialyse		
Schlaganfall			Aids, HIV		
Herzinfarkt			Syphillis		
Herzklappenersatz, Endokarditisprophylaxe			Depressionen		
Herzschrittmacher			Beruhigungsmittel		
Thrombose			Alkoholiker		
Blutverdünnung			Raucher		
- ASS 100			Wie viel Zigaretten / pro Tag ?		
- Marcumar				ja	nein
- sonstige Blutverdünner			Schwangerschaft		
Leukämie			Welcher Monat?		
Anämie			Stillen Sie noch?		
Ihr Hausarzt?			Ihr Frauenarzt?		
Tel.:			Tel.:		
	ja	nein		ja	nein
Andere Krankheiten?			Nehmen Sie Medikamente ein?		
Welche:			Welche:		
Wen sollen wir im Falle eines Zwischenfalls benachrichtigen?					
Tel.:					

**Bitte Blatt wenden!**

Anamnese	ja	nein
<b>Wichtig !! Wichtig !! Wichtig !!</b>		
Bekommen Sie regelmäßig <b>Tabletten /Infusionen mit Bisphosphonaten?</b> z.B. bei Mamma- u. Prostata- Karzinomen, Plasmozytomen, multiplen Myelomen, Osteoporose z.B. Zometa, Aredia, Bonviva, Bondronat , Fosamax, Fosavance, Skelid, Bonefos, Didronel, Diphos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie heute oder vor kurzem eine <b>Impfung</b> - speziell eine Zeckenimpfung - erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anamnese	ja	nein					
Haben Sie <b>Angst</b> vor einer Zahnbehandlung? Wie schätzen Sie <b>Ihre Angst</b> ein? klein: <input type="checkbox"/> mittel: <input type="checkbox"/> groß: <input type="checkbox"/> Panik: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Was können wir - Ihrer Meinung nach - <b>gegen</b> Ihre Angst tun?							
Wünschen Sie beim „Bohren“ eine <b>Betäubung</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Info:</b> Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen! Daher sollten Sie – falls Sie eine Betäubung erhalten haben - auf eine Teilnahme im Straßenverkehr verzichten, bis die Wirkung der Spritze abgeklungen ist.							
	ja	nein					
Leiden Sie an <b>Verspannungen/ Schmerzen</b> im Kopf-, Kiefer- oder Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Haben Sie <b>Zahnfleischbluten</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Leiden Sie unter <b>Mundtrockenheit</b> - z. B. geringer Speichelfluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Wünschen Sie Informationen zur <b>zeitgemäßen Prophylaxe</b> von Karies und Parodontitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sind Sie an einer Aufhellung Ihrer Zähne ( <b>Bleaching</b> ) interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sind Sie mit Ihrem <b>Gebisszustand zufrieden</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Wenn nein, <b>was stört Sie?</b>							
Wünschen Sie von uns eine <b>Beratung</b> über ein zahnmedizinisches Thema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Thema:</b>							
Treiben Sie <b>Sportarten</b> , bei denen ein hohes <b>Verletzungsrisiko für Ihre Zähne</b> besteht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tragen Sie einen <b>Sportmundschutz</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Sportart:</b>							
Aus welchem Grund haben Sie unsere Praxis ausgewählt?							
Ästhetische Zahnmedizin	<input type="checkbox"/>	Zahnerhaltung	<input type="checkbox"/>	Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	Kinderbehandlung	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz (Prothetik)	<input type="checkbox"/>	Wurzelkanalbehandl.	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenktherapie CMD	<input type="checkbox"/>	Prophylaxe	<input type="checkbox"/>
Meisterlabor	<input type="checkbox"/>	Parodontaltherapie	<input type="checkbox"/>	Schnarcherschienen	<input type="checkbox"/>	Zahnaufhellung	<input type="checkbox"/>
Implantattherapie	<input type="checkbox"/>	Wohnortnähe	<input type="checkbox"/>	Sonst:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Empfohlen durch							
Bekannte/r	<input type="checkbox"/>	Telefonbuch	<input type="checkbox"/>	Werbung	<input type="checkbox"/>	Internet : <a href="http://www.drreichle.de">www.drreichle.de</a>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner oben genannten Angaben

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift – Patient/in: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen.  
Deshalb bitten wir Sie, **vereinbarte Termine** im Interesse der anderen Patienten, **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.  
Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns kurzfristig mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.  
Wir danken für Ihre Angaben und Ihr Verständnis!

Dr. Wolfgang Reichle & Dr. Stefanie Jahn