



**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 : \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**Falls Sie an einer Erkrankungen 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            |    |      |
| - sonst :   |    |      | Blutarmut                          |    |      |
| Lebererkrankung   |    |      | Krebs                              |    |      |
| Hepatitis A / B / C   |    |      | Leukämie                           |    |      |
| Hoher Blutdruck   |    |      | Syphillis                          |    |      |
| Niedriger Blutdruck   |    |      | Aids, HIV                          |    |      |
| Schlaganfall  |    |      | Nierenerkrankung                   |    |      |
| Herzinfarkt   |    |      | Dialyse                            |    |      |
| Herzklappenersatz   |    |      | Beruhigungsmittel                  |    |      |
| - Endokarditisprophylaxe  |    |      | Alkoholiker                        |    |      |
| Herzschrillmacher   |    |      | Raucher                            |    |      |
| Thrombose   |    |      | Wie viel Zigaretten / pro Tag ?    |    |      |
| Blutverdünnung  |    |      |                                    | ja | nein |
| - ASS 100   |    |      | Schwangerschaft                    |    |      |
| - Marcumar  |    |      | Welcher Monat?                     |    |      |
| - sonst :   |    |      | Stillen Sie noch?                  |    |      |
| Ihr Hausarzt?   |    |      | Ihr Frauenarzt?                    |    |      |
| Tel.:   |    |      | Tel.:                              |    |      |
| <b>Andere Krankheiten?</b>  | ja | nein | <b>Nehmen Sie Medikamente ein?</b> | ja | nein |
| Welche:   |    |      | Welche:                            |    |      |
|   |    |      |                                    |    |      |
|   |    |      |                                    |    |      |
| <b>Wen sollen wir im Falle eines Zwischenfalls benachrichtigen?</b> |    |      |                                    |    |      |
| Tel.:   |    |      |                                    |    |      |

| Anamnese  | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Wichtig !! Wichtig !! Wichtig !!</b>   |                          |                          |
| Bekommen Sie regelmäßig <b>Tabletten /Infusionen</b> mit <b>Bisphosphonaten</b> ?<br>z.B. bei Mamma- u. Prostata- Karzinomen, Plasmozytomen, multiplen Myelomen, Osteoporose<br>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 ?  | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                            |  |
| Wie schätzen Sie <b>Ihre Angst</b> ein ?<br>klein : <input type="radio"/> mittel : <input type="radio"/> groß : <input type="radio"/> Panik : <input type="radio"/>  |  |   |  |
| 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"/>                            |  |
| Wünschen Sie Informationen über eine <b>Lachgas – Behandlung</b> in unserer Praxis?  | <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"/>                            |  |
| Thema:   |  |   |  |
| 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 <b>welchem Grund</b> haben Sie <b>unsere Praxis</b> 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"/>  | Parodontalthherapie <input type="checkbox"/> | Schnarcherschienen <input type="checkbox"/>         | Zahnaufhellung <input type="checkbox"/>  |
| Implantattherapie <input type="checkbox"/>   | Wohnortnähe <input type="checkbox"/>         | Sonst: <input type="checkbox"/>                     |  |
| <b>Empfohlen durch</b>   |  |   |  |
| 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 & Team