



PRAXISGEMEINSCHAFT FÜR ZAHNGESUNDHEIT
DR. MED. DENT. A. & D. KUROSZCZYK
UND KOLLEGEN
ZAHNÄRZTE

Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese). Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer ärztlichen Behandlung in unserer Praxis.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Telefon _____

Mobil-Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____

Gesetzliche Krankenkasse

Zusatzversicherung

Private Krankenkasse

Anspruch auf Beihilfe

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

überempfindliche Zähne

Zähneknirschen

Zahnschmerzen

Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken

Zahnverfärbungen

Mundgeruch

Zahnfleischbluten

Zahnlockerungen

Sonstiges? _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

nein ja

Wenn ja, welche? _____

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? nein ja

Hausarzt / Facharzt _____

Haben Sie Allergien?

nein ja

Wenn ja, welche? _____

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)

nein ja

Herzklappenersatz / Herzfehler

nein ja

Unregelmäßiger Herzschlag

nein ja

Hoher Blutdruck

nein ja

Herzasthma, Angina Pectoris

nein ja

Niedriger Blutdruck

nein ja

Herzschrittmacher

nein ja

Wie hoch? _____ / _____

Herzinfarkt

nein ja

Sonstiges? _____

Erkrankungen der Lunge

Asthma

nein ja

Sonstiges? _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung

nein ja

Schilddrüsenerkrankung

nein ja

Diabetes (Zuckerkrankheit)

nein ja

Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A / B / C) nein ja

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? nein ja

Tuberkulose nein ja

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie) nein ja

Blutarmut (Anämie) nein ja

Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epilepsie nein ja

Krämpfe nein ja

Psychosomatische Erkrankungen nein ja

Sonstiges? _____

Magen- / Darmerkrankungen nein ja

Nierenerkrankungen nein ja

Tumorerkrankungen / Tumoroperationen

Bisphosphonat-Therapie nein ja

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Drogen

Drogenkonsum nein ja

Alkoholkonsum nein ja

Rauchen Sie? nein ja

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht) nein ja

Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____

Grund Ihres heutigen Besuches? _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? nein ja

Wenn ja, dann ... per Post telefonisch per E-Mail per SMS

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Implantologie individuelles Prophylaxeprogramm

Parodontosebehandlung Zahnästhetik Zahnfehlstellungsregulierung Kariesrisikobestimmung

Amalgamsanierung Mundhygieneartikel Bleaching (Zahnaufhellung)

Sonstiges Beratungsinteresse? _____

Wie haben Sie uns gefunden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.zahnpoint-mainz.de? nein ja

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Datum _____ Unterschrift _____

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.