

# Herzlich Willkommen

in der Gemeinschaftspraxis Dres. Sichel & Denner

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 Behandlung.

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes, der Versicherten-Verhältnisse und Ihrer Adresse mit.

Nach dem aktuell gültigen Datenschutzrecht (DSGVO) benötigen wir Ihre Datenschutzrechtliche Einwilligung zu unserer Datenschutzerklärung, die Sie jederzeit in unserer Praxis und auf unserer Homepage ([www.zahnzukunft.de](http://www.zahnzukunft.de)) einsehen können.

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Zahnarztpraxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Meine Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Anschrift .....

Telefon / Handy..... / .....

Krankenkasse .....

gesetzlich zusatzversichert privat krankenversichert beihilfeberechtigt

Beruf ..... Arbeitgeber .....

Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, über wen sind Sie mitversichert?

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Anschrift .....

## Welche der aufgeführten zahnmedizinischen relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

überempfindliche Zähne  Zähneknirschen  Zahnschmerzen

Kiefergelenksbeschwerden  Zahnverfärbungen  Mundgeruch

Zahnfleischbluten  Zahnlockerung  Sontiges ?

## Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein (z. B. auch gerinnungshemmende Medikamente, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Hausarzt / Facharzt .....

## Allergien

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Bitte Rückseite beachten !

### Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche / Herzinsuffizienz  ja  nein Herzklappenersatz / Herzfehler  ja  nein  
Unregelmäßiger Herzschlag  ja  nein Hoher Blutdruck  ja  nein  
Herzasthma, Angina Pectoris  ja  nein Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein Herzinfarkt  ja  nein

**Infektionskrankheiten**  ja  nein  
(z. B. Hepatitis A/B/..., HIV)

---

### Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankungen  ja  nein Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein

### Erkrankungen des Nervensystems

Psychosomatische Erkrankungen  ja  nein

### Tumorerkrankungen

Bisphosphonattherapie  ja  nein

**Schwangerschaft**  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

### Sonstige Erkrankungen

---

### Ihr persönliches Anliegen und Ihre individuellen Erwartungen an die bevorstehende Behandlung

Grund Ihres heutigen Besuches? \_\_\_\_\_

Worauf legen Sie besonders Wert? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Angst vor einer Zahnarztbehandlung?**  ja  nein

**Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?**  ja, ½ jährlich  nein

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Professionelle Zahnreinigung  Zahnersatz  Zahnfehlstellungsregulierung

Parodontosebehandlung  Implantologie

Sonstige Beratungsinteressen \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

auf Empfehlung von \_\_\_\_\_

Internet (z. B. Jameda) \_\_\_\_\_

andere Quelle \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten, ggf. des gesetzl. Vertreters \_\_\_\_\_