



Dr. med. dent. Dieter Breckwoldt

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Versicherte/r _____

Anschrift _____

Telefon privat _____ Handy _____

Email _____ geschäftlich _____

Krankenkasse _____ zusätzlich **privat** versichert bei ja nein

Beihilfeberechtigt ja nein **PKV Basistarif (bis 1,7-fach)** ja nein

Empfohlen bzw. überwiesen durch _____

Letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich; wann? _____

Schwangerschaft ja nein (_____ Monat)

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.) _____

SPEZ. MEDIZINISCHE ANAMNESE Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie die folgenden Fragen sehr sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht

1. Infektionen _____
2. Herz-Kreislauf _____
3. Atemsystem _____
4. Verdauungssystem _____
5. Stoffwechselerkrankungen _____
6. Allergien, Hauterkrankungen _____
7. Urogenitalsystem, Niere, Unterleib _____
8. Zentralnervensystem _____
9. Psychische Probleme (auch Therapie) _____
10. Rheumatische Erkrankungen _____
11. Hormonelle Erkrankungen, chronische Erkrankungen _____
12. Sonstige Krankheiten oder Probleme _____
13. Arzneimittelüberempfindlichkeit gegen _____
14. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Welche? _____
15. Täglich Tassen Kaffee Zigaretten Alkohol Süßigkeiten

Bitte wenden >>>>>

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

16. Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?	
17. Legen Sie Wert auf professionelle Zahnreinigung (bei Kassenpatienten Privatleistung)?	
18. Haben Sie irgendwann Beschwerden wenn Sie kauen?	
19. Haben Sie Zahnfleischbluten, -rückgang?	
20. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche, auf welcher Seite?	
21. Haben Sie manchmal Schmerzen vor, hinter oder im Ohr?	
22. Leiden Sie an Kopfschmerzen morgens, mittags, abends?	
23. Leiden Sie unter Verkrampfung oder Ziehen im Kopf, Nacken oder Hals?	
24. Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?	
25. Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne zu schließen?	
26. Welche Medikamente nehmen Sie gegen die angeführten Beschwerden?	
27. Hatten Sie jemals Beschwerden im Kopf oder Nacken nach einem Unfall?	
28. Hatten Sie eine Kieferregulierung (Klammer) oder eine Einschleifbehandlung?	
29. Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung (Engstand, Lücken etc.) zufrieden?	
30. Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch und was wurde gemacht? (nur für Neupatienten)	
31. Hätten Sie gern hellere Zähne / Füllungen?	

Ich wünsche eine spezielle Beratung zu folgenden Themen:	Ja	Nein	z. Zeit nicht	Bemerkung
Professionelle Zahnreinigung, Parodontitis-Prophylaxe				
Kariesvorbeugung				
Amalgam-Entfernung und/oder Alternativen				
Kiefergelenkbehandlung bei: Knacken im Kiefer, Knirschen, o. ä.				
Ästhetische Zahnheilkunde und zahnfarbene Füllungen, Aufhellen des gesamten Gebisses oder einzelner Zähne				
Festsitzenden Zahnersatz und/oder Implantate				
Zahlt ihre Zusatzversicherung die Zahnreinigung?				

Ich möchte nicht in das Recall-System der Praxis aufgenommen werden

Wir bemühen uns stets um Pünktlichkeit und erwarten daher, dass auch sie ihre Termine einhalten. Jeder nicht abgesagte Termin bedeutet für uns einen finanziellen Verlust, den wir ihnen ggf. zum Stundenkostensatz von z. Zt. 160,- € (Zahnreinigung 60,- €) in Rechnung stellen müssten. Aus diesem Grunde möchten wir sie bitten, ihren Termin im Verhinderungsfalle mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Vielen Dank für ihr Verständnis.

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____