##  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

1. Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?
2. Legen Sie Wert auf professionelle Zahnreinigung (bei Kassenpatienten Privatleistung)?
3. Haben Sie irgendwann Beschwerden wenn Sie kauen?
4. Haben Sie Zahnfleischbluten, -rückgang?
5. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche, auf welcher Seite?
6. Haben Sie manchmal Schmerzen vor, hinter oder im Ohr?
7. Leiden Sie an Kopfschmerzen morgens, mittags, abends?
8. Leiden Sie unter Verkrampfung oder Ziehen im Kopf, Nacken oder Hals?
9. Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?
10. Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne zu schließen?
11. Welche Medikamente nehmen Sie gegen die angeführten Beschwerden?
12. Hatten Sie jemals Beschwerden im Kopf oder Nacken nach einem Unfall?
13. Hatten Sie eine Kieferregulierung (Klammer) oder eine Einschleifbehandlung?
14. Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung (Engstand, Lücken etc.) zufrieden?
15. Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch und was wurde gemacht? (nur für Neupatienten)
16. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_