

Zahnarztpraxis
Dr. Insa Carola Kirsch
Spexarder Postweg 1

33332 Gütersloh

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie machen den ersten Schritt. Das freut uns. Herzlich willkommen

So gehen Sie weiter vor.

Drucken Sie den Anmeldebogen aus, tragen die erforderlichen Angaben ein und senden die vollständig ausgefüllten Unterlagen an unsere oben eingetragene Adresse (Sie können diese Seite umknicken und im Fensterumschlag DL versenden).

Sie können die Unterlagen selbstverständlich auch persönlich vorbeibringen.

So können wir uns optimal auf Ihren Termin vorbereiten.

Nachfolgend Informationen zu Ihrem ersten Termin:

Sie sollten sich für den ersten Termin ca. 45 Minuten Zeit nehmen und die Versicherungskarte und 10 € Praxisgebühr mitbringen.

Es folgt eine gründliche Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes der Zähne durch Frau Dr. Kirsch. Dazu werden Bilder mit der Intraoralen Kamera und, falls erforderlich, Röntgenaufnahmen angefertigt. Dabei nutzen wir unsere digitalen Röntgengeräte mit verminderter Strahlenbelastung.

Sollten Sie schon Röntgenbilderausdrucke vom Vorbehandler besitzen, so vermerken Sie dieses und bringen die Ausdrucke zu Ihrem ersten Termin mit.

Vielen Dank

Ihr Praxisteam Dr. Insa Carola Kirsch

Anmeldebogen mit Anamnese

Guten Tag sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Füllen Sie diesen Anamnesebogen bitte sorgfältig aus, denn er dient als Grundlage für das erste Gespräch mit uns. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind natürlich streng vertraulich !

Bei Fragen, die mit ja oder nein beantwortet werden, **kreuzen Sie Zutreffendes** bitte an.

Haben Sie Fragen während des Ausfüllens, so sprechen Sie uns an.

Ihre allgemeinen Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon: _____

Wenn Sie nicht selbst Kranken-
versicherungsmitglied sind, wer ist
Mitglied?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Sind Sie Beihilfe berechtigt? Ja Nein

Privater Basistarif? Ja Nein

Sind Sie freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlungen Ja Nein

Ihre Angaben zu Vorerkrankungen *ja nein*

Haben Sie eine Herz-, Kreislauf- oder

Gefäßkrankung?

Hatten Sie je eine Lebererkrankung?

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)

Haben Sie Atemwegserkrankungen?

Haben Sie eine Nervenerkrankung?

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?

Haben Sie Anfallsleiden?

Ist bei Ihnen je eine Infektionskrankheit
(HIV/Hepatitis/Tuberkulose)

festgestellt worden?

Werden Sie homöopathisch behandelt?

Sind Ihnen Allergien bekannt?

Welche? _____

Haben Sie sonstige Erkrankungen?

Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Welche? _____

Wer ist Ihr(e) Hausarzt/-Ärztin? _____

Ihre Angaben zu Ihren Zähnen *ja nein*

Haben Sie Zahnschmerzen?

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischbluten?

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Sind Ihre Zähne gelockert?

Wann fand die letzte

Röntgenuntersuchung im Mund/

Kieferbereich statt? _____

Rauchen Sie

Wenn ja, wieviel? _____

Sind Sie mit dem Zustand Ihrer Zähne und dem Zahnfleisch zufrieden?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wenn Sie Zahnersatz tragen, wie alt ist dieser? _____		
Tragen Sie den Zahnersatz regelmäßig?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Sind Sie mit dessen Aussehen und Funktion zufrieden?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Sind Speisereste in Ihren Zähnen oder Ihrem Ersatz ein Problem?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Lachen Sie gerne und zeigen dabei Ihre Zähne?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Haben Sie Verfärbungen Ihrer Zähne festgestellt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Fühlen Sie sich durch verfärbte Zähne beeinträchtigt ?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Fallen Füllungen, Kronen oder Brücken durch ihre Zahnfarbe gegenüber Ihren natürlichen Zähnen auf?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Wünschen Sie nur Schmerzbeseitigung oder legen Sie Wert auf eine umfassende Beratung Ihrer anstehenden Gesamtbehandlung?

Nur Schmerzbehandlung

Weitergehende Beratung

Ist für Sie eine kosmetisch-ästhetische sowie auch funktionelle Versorgung wichtig?

sehr

nicht so wichtig

überhaupt nicht

Wünschen Sie nähere Informationen über folgende Behandlungsarten:

Professionelle Zahnreinigung

Alternativen zur Kassenfüllung

Zahnaufhellung

Zahnersatzlösungen, die auch Ihre ästhetischen Ansprüche befriedigen

Implantatversorgung

Schienentherapie

Eine Frage an unsere weiblichen Patienten

Besteht eine Schwangerschaft? Ja -----Woche Nein ungewiss

Bitte beachten Sie: Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sorgfältige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ? (Telefonbuch, Empfehlung, Internet) -----

Möchten Sie von uns halbjährlich an Ihre Kontrolluntersuchung erinnert werden? -----

Wichtige Hinweise für Sie

Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Falls sich Änderungen Ihres Gesundheitszustandes ergeben , möchten wir Sie bitten, uns dieses unverzüglich mitzuteilen.

Haben Sie noch Fragen ? Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

_____,
Ort

_____,
Datum

Unterschrift

