

Anmeldebogen

Liebe Patienten,
für eine optimale Zusammenarbeit benötigen wir möglichst viele Informationen von Ihnen und bitten Sie daher um das vollständige Ausfüllen der folgenden Zeilen. Denn nur so können wir Ihr Anliegen auch ganzheitlich betrachten. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____

Kontakt

Strasse: _____
Ort: _____
Telefon privat: _____
Telefon mobil: _____
Tel. geschäftl.: _____
Fax: _____
Email: _____
Arbeitgeber*: _____
Beruf*: _____

Wann sind Sie telefonisch erreichbar*?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden*?

- Persönliche Empfehlung von*: _____
- Überweisung durch: _____
- Sonstiges* _____

Dürfen wir sie an Ihre Termine erinnern* Ja Nein (per SMS o. unverschlüsselte E-Mail)

Was ist das Wichtigste für Sie?* (Bitte beschreiben Sie in kurzen Stichworten Ihr konkretes Problem und Ihre Erwartungen)

Aktuell: _____
Langfristig: _____

**freiwillige Angaben*

Versicherter

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse*: _____
Ort: _____

**falls abweichend bitte eintragen*

gesetzlich versichert, Name der Krankenkasse:

- pflichtversichert
 freiwillig versichert
 Private Zusatzversicherung*:
Welche*? _____

privat versichert, Name der Versicherung:

- vollversichert*
 beihilfeberechtigt*
 eingeschränkter Basistarif*

Beihilfeergänzungstarif vorhanden*

Beihilfe, Kostenerstatter*:

Risikoanamnese (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an **und** ergänzen Sie die Angaben möglichst genau, damit wir Komplikationen während der Behandlung vorbeugen und Risiken minimieren können)

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Besteht eine Covid-19 Infektion (Corona): Ja Nein

Infektionserkrankungen (HIV, TBC, Hepatitis etc.): Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bestand oder besteht bei Ihnen eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Herz- oder Kreislauferkrankungen (z.B. Bluthochdruck, künstl. Herzklappe etc.): Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher?: Ja Nein

Bluterkrankungen (z.B. Gerinnungsstörungen, lange Blutungszeiten etc.): Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hormonelle Erkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse etc.): Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Chronische Erkrankungen (z.B. Rheuma, MS, Krebs etc.): Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Medikamentenunverträglichkeiten: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen der Augen (z.B. grauer Star etc.): Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Lungen- bzw. Atemwegserkrankungen: Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe? Ja Nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder von Ihnen angefertigt? Ja Nein

Wenn ja, wann und von welcher Körperregion: _____

und von welchem Arzt: _____

Welche Blutgruppe haben Sie? _____

Spezielle medizinische Anamnese (Störungen im Kauorgan können in Wechselbeziehungen zu Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen stehen. Mit Hilfe Ihrer Angaben können mögliche Zusammenhänge bei der Behandlung berücksichtigt werden. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an **und** ergänzen Sie die Angaben möglichst genau)

Infektanfälligkeit (Häufige Infekte durch ein belastetes Immunsystem): Ja Nein

Herz- Kreislauf (z.B. Ohnmachtserscheinungen, Schwindelgefühl etc.): Ja Nein

Verdauungsorgane (z.B. Magen-, Darmerkrankungen, Bauchspeicheldrüse etc.): Ja Nein

Nieren-, Blasen-, Lymph-, Unterleibserkrankungen: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Gallen-, Leber-, Milzkrankungen: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nervensystemerkrankungen oder Epilepsie: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Stoffwechselerkrankungen: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Gelenk-, Stütz-, Skelettsystemerkrankungen: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Psychische Erkrankungen, Depressionen, Stress, Angst: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Kopfschmerzen (Migräne) Ja Nein

Wenn ja, wie oft? _____

Rückenschmerzen: Ja Nein

Verspannungen von Nacken und Schultern: Ja Nein

Hatten Sie Unfallverletzungen im Kiefer-, Gesichtsbereich?: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Zahnärztliche Anamnese

Ist Ihnen aufgefallen, dass ...

Sie mit den Zähnen knirschen oder pressen? Ja Nein

Wenn ja, was? Knirschen Pressen

Wann? _____

Ihre Zähne nicht richtig aufeinander passen? Ja Nein

Ihre Kiefergelenke knacken? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Ihre Kiefergelenke schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Sie im Regelfall nur auf einer Seite kauen? Ja Nein

Sie Ohrgeräusche haben? Ja Nein

Ihr Zahnfleisch blutet? Ja Nein

Wenn ja, wie oft? selten häufig

Ihr Zahnfleisch zurückgeht bzw. Ihre Zähne immer länger werden? Ja Nein

Ihre Zähne locker erscheinen bzw. gewandert sind? Ja Nein

Sie unter schlechtem Geschmack oder Mundgeruch leiden? Ja Nein

Was unternehmen Sie gegen die genannten Umstände?

Beeinflussen die aufgeführten Beschwerden negativ Ihr Wohlbefinden

oder Ihre Schaffenskraft? Ja Nein

Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal eine Parodontalbehandlung? Ja Nein

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Was wurde gemacht?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? 1-10 11-20 mehr als 20

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein

Ich interessiere mich für folgende Themen und wünsche eine spezielle Beratung über:

- Taschendesinfektion(Prophylaxe)/Zahnerhaltungsprogramme (Speicheldiagnostik, Kariesprävention, Fluoridierungsmassnahmen, Parodontitis)**
- Füllungsmaterialien/ -alternativen**
- Zahnprothetische Versorgungsmöglichkeiten/ - alternativen**
- Implantate**
- Kieferorthopädie**
- Leistungen und Hilfestellungen bei Schwangerschaften und Mutterschutz**
- Kinderbehandlung**
- Alternative Zahnheilkunde (z.B. Amalgamausleitung)**
- Zahnästhetik**
- Bleaching**

Die Beantwortung der folgenden Fragen ermöglicht es uns, aus einer einfachen Prophylaxe eine **Individualprophylaxe** zu machen, die perfekt auf Ihre Bedürfnisse und die Ihrer Zähne abgestimmt ist.

Wie häufig putzen Sie Ihre Zähne?

- 1x täglich 2x täglich 3x täglich nach jeder Mahlzeit
 nach Bedarf nie weiß nicht

Welche Zahnbürste benutzen Sie?

- elektrisch _____
 Handzahnbürste _____

Welche Zahnpasta benutzen Sie?

Wie lange putzen Sie Ihre Zähne?

- 1 Minute 2 Minuten 3 Minuten länger als 3 Minuten weiß nicht

Benutzen Sie zusätzliche Hilfsmittel zur Zahnpflege?

- Zahnseide Mundwasser Zahnstocher/ -hölzchen
 Stimulator Fluoridpasten Spülflüssigkeiten
 Munddusche Zahnzwischenraumbürstchen

Trauen Sie sich selbst die regelmäßige und richtige Verwendung von Zahnseide zu?

- ja nein eher nein

Trauen Sie sich die regelmäßige und richtige Anwendung von Zahnbürsten zu?

- ja nein eher nein

Wie häufig trinken Sie süße Getränke?

- nie manchmal oft

Wie häufig essen Sie Süßigkeiten?

- nie manchmal oft

Wie viele Zwischenmahlzeiten essen Sie täglich?

- 1 2 3 mehr als 3

Wie beurteilen Sie Ihre Ernährung?

- vollwertig und ausgewogen unausgewogen
 unregelmäßig ausgewogen

Wurden Ihre Zähne schon einmal professionell gereinigt? Ja Nein

wenn ja, wann das letzte Mal? _____

Diese Zahnreinigung dauerte ca. _____ Minuten

Wie schätzen Sie das Ergebnis dieser Zahnreinigung ein?

- Waren Sie damit sehr zufrieden zufrieden unzufrieden

Hätten Sie gern mehr Informationen zum Thema Zahnpflege und Vorbeugung? Ja Nein

Sind sie mit Ihren Zähnen zufrieden Ja Nein

Was würden Sie gern ändern?

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Keine Haftung und Ersatz für Kleidung, die bei der Behandlung in der Zahnarztpraxis Peter W. Hirschfeld beschmutzt wird.

Ich erkläre mich darüber hinaus mit der Anfertigung von Fotos zu Zwecken der Dokumentation

