

## HERZLICH WILLKOMMEN IM MUNDGESUNDHEITZENTRUM.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen. Es ist uns wichtig, unsere zahnärztliche Behandlung mit Ihrer aktuellen Körper-Anamnese abzustimmen.  
Besten Dank für Ihre Daten.

Name, Vorname .....

Straße, Hausnummer .....

Postleitzahl, Ort .....

Geburtsdatum, Geburtsort ..... Beruf .....

Telefon (privat) ..... Telefon (geschäftlich) .....

Mobil ..... E-Mail .....

Arbeitgeber .....

Krankenkasse/-versicherung .....  Beihilfeberechtigt

Versicherte/r ..... Geburtsdatum .....

Hausarzt .....

Zahn-Zusatzversicherung (bei gesetzlich Versicherten)?

**Was führt Sie zu uns?** .....

### Mir ist wichtig - bitte wählen:

- eine medizinisch optimale, ästhetisch abgestimmte Versorgung
- langfristige Stabilität der Mundsituation
- eine Versorgung, die das medizinisch Notwendige nicht übersteigt

### Über welche Leistungen wünschen Sie mehr Informationen? (mehrfache Angaben möglich)

- Prävention / Prophylaxe
- Parodontitis-Therapie
- Implantate / Feste dritte Zähne
- Sonstiges .....
- Angstbehandlung
- Karies-/ Erosionsprävention
- Mundgeruch / Halitosis

Herzlichen Dank für Ihre Antworten. Damit Ihre individuelle Behandlung und unsere Abläufe ineinandergreifen können, ist eine perfekte Abstimmung notwendig. Das entsprechende Team bereitet sich intensiv auf Ihren vereinbarten Termin vor. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, uns umgehend (möglichst 48 Stunden vorher) zu informieren. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Dienst. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr anbieten. Ausfallzeiten können nach §§615 Satz BGB, 287ZPO berechnet werden.

**!** Medikamente, auch Betäubungsmittel, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes

Datum: ..... Unterschrift: .....

## IHR PERSÖNLICHER GESUNDHEITSCHECK

Name: \_\_\_\_\_

### Herz

- Herzinfarkt, wann \_\_\_\_\_
- Stent / Bypass, wann \_\_\_\_\_
- Herzinsuffizienz / Herzerkrankung \_\_\_\_\_
- Angeborener Herzfehler
- Herzklappenersatz \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher, implantierter Defibrillator o. Ä., wann \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Gefäße

- Schlaganfall, wann \_\_\_\_\_
- Arteriosklerose
- \_\_\_\_\_

### Kreislauf

- Blutdruck hoch \_\_\_\_\_ tief \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Lunge und Atemwege

- Asthma
- COPD
- \_\_\_\_\_

### Stoffwechsel

- Diabetes, HbA<sub>1c</sub>-Wert \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Blut

- Gerinnung, INR-Wert \_\_\_\_\_
- Quickwert \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Nerven und Gemüt

- Krampfanfälle, z. B. Epilepsie
- Parkinson
- Depression
- Demenz / Alzheimer
- Stress
- \_\_\_\_\_

### Infektionen

- HIV
- Aphthen
- Herpes
- Leberentzündung (Hepatitis) A \_\_\_\_ B \_\_\_\_ C \_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Niere

- Dialyse, Tage \_\_\_\_\_
- Niereninsuffizienz / Nierenerkrankung
- \_\_\_\_\_

### Sonstiges

- Gab es ungewöhnliche / überraschende Reaktionen beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_
- Welche nicht genannten Erkrankung haben Sie? \_\_\_\_\_
- Für unsere weiblichen Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? SSW \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_
- Besteht bei Ihnen ein Kinderwunsch? \_\_\_\_\_
- Bei welchem Zahnarzt wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder/OPG gemacht? \_\_\_\_\_

Medikamente, auch Betäubungsmittel, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Magen / Darm

- Sodbrennen / Reflux
- \_\_\_\_\_

### Augen

- Sehbehinderung
- Grauer Star
- Grüner Star
- Erhöhter Augeninnendruck
- \_\_\_\_\_

### Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen
- Rücken-/ Muskelerkrankungen
- Osteoporose \_\_\_\_\_
- Vorhandene oder geplante Gelenkprothesen seit \_\_\_\_\_ Bereich \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Weitere Erkrankungen / Besonderheiten

- Leukämie
- Tumorerkrankung \_\_\_\_\_
- Einnahme von Bisphosphonaten (auch in Vergangenheit) \_\_\_\_\_
- Transplantationen \_\_\_\_\_
- Sind Sie oder waren Sie in Strahlen-/Chemotherapie? \_\_\_\_\_
- Papillon-Lefèvre-Syndrom
- \_\_\_\_\_

### Rauchen

- Nichtraucher, seit mind. 5 Jahren
- Bis 10 Zigaretten täglich
- Über 10 Zigaretten täglich

### Alkohol / Drogen

- Gelegentlich
- Mehr als 1x die Woche
- Drogenkonsum \_\_\_\_\_

### Allergie / Unverträglichkeiten

- Penicillin / Antibiose
- Milcheiweiß \_\_\_\_\_
- Jod
- Latex
- Fruktose- / Laktose-Intoleranz
- Lebensmittel, Nahrung
- Metalle \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Medikamente, auch nicht verschreibungspflichtige / ggf. Medikationsliste (auch Spritzen, Infusionen), Schmerzmittel, „Pille“ ...

\_\_\_\_\_