



## Informations- und Anamnesebogen

*Liebe Patientin, lieber Patient,*

**wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Um Ihnen eine optimale Behandlung anbieten zu können, bitten wir Sie nachstehenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen.**

### Patient/in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

### Mitglied/Zahlungspflichtige/r (bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.privat: \_\_\_\_\_ Tel.beruflich: \_\_\_\_\_ Tel.mobil: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_ URL: www. \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ pflichtversichert: ( ) privat versichert: ( )  
freiwillig versichert: ( ) Beihilfe berechtigt: ( )  
Basistarif versichert: ( )

### Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet ( ) Telefonbuch ( ) Praxisschild ( ) Empfehlung ( ) von \_\_\_\_\_

**Wurden Sie zu uns überwiesen?** ja ( ) Grund: \_\_\_\_\_

### Möchten Sie eine:

Routinekontrolle ( ) reine Schmerzbehandlung ( )

weiterführende Untersuchung ( ) wegen: \_\_\_\_\_ Kiefergelenk Untersuchung ( )

Beratung ( ) wegen \_\_\_\_\_ Zahnfleisch Untersuchung ( )

kosmetische Korrektur ( ) z.B. von verfärbten Zähnen, Zahnfehlstellungen, von dunklen Füllungen

**Sind Sie an unserem/r Prophylaxeprogramm / professionellen Zahnreinigung interessiert?** ja ( ) nein ( )

Welche Zahnpflege Hilfsmittel nutzen Sie bereits?

elektr. Zahnbürste ( ) Zahnseide ( ) Interdentalbürsten ( ) Zungenbürste ( ) sonstige ( ) \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten eine professionelle Zahnreinigung? ja ( ) nein ( )

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten ( ) Mundgeruch ( )

Wurde bei Ihnen in den letzten 2 Jahren eine **Parodontosebehandlung** durchgeführt? ja ( ) nein ( )

**Bemerken Sie Knack- oder Reibegeräusche beim Kauen oder bei der Mundöffnung** ja ( ) nein ( )

Leiden Sie unter **Stress?** ( ) Betrachten Sie Ihre private/ berufliche Situation eher als angespannt? ( )

Haben Sie morgens **Verspannungen?** in der Nackenmuskulatur ( ), in der Kaumuskulatur ( )

Plagen Sie Kopfschmerzen ( ) Ohrenscherzen ( ) Ohrensausen ( )

Neigen Sie zum **Schnarchen** ja ( ) nein ( ) nicht bekannt ( )

**Knirschen** oder **Pressen** Sie nachts mit den Zähnen? ja ( ) nein ( ) nicht bekannt ( )

**Tragen Sie eine bereits eine Schiene?** ja ( ) nein ( )

**Für eine umfassende Erhebung Ihres Gesundheitsstatus erbitten wir folgende zusätzliche Informationen. Sämtliche von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden von uns streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit! Danke**

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Derzeit in ärztlicher/ physiotherapeutischer Behandlung: nein ( ) ja ( ), wegen \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: nein ( ) ja ( ), \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an:**

Kreislaufbeschwerden ( ), Herzerkrankungen ( ), Bluterkrankungen ( ), Blutgerinnungsstörungen ( ),

Zuckerkrankheit/Diabetis ( ), Hepatitis A,B,C ( ), HIV-Infektion ( ), Tuberkulose ( ), Asthma ( ),

Epilepsie/Anfallsleiden ( ), Rheuma ( ), Osteoporose ( ), Schilddrüsenerkrankungen ( ), Schlaganfall ( ),

Magenerkrankungen ( ), Nierenerkrankungen ( ), Lebererkrankungen ( ),

**Sonstige Angaben/ andere**

**Krankheiten:** \_\_\_\_\_

**Besteht eine Schwangerschaft?** nein ( ), ja ( ), ungewiss ( ),

**Medikamenten Unverträglichkeiten/ allergische Reaktionen** ( ) \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Blut verdünnende Medikamente?** nein ( ), ja, ich nehme Marcumar ( ), ASS ( )

**Tragen Sie einen Herzschrittmacher?** nein ( ) ja ( )

**Rauchen Sie?** nein ( ) ja ( )

**Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne angefertigt?** nein ( ), ja ( ), bei Dr. \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Röntgenpass?** nein ( ) ja ( )

**Bitte beachten Sie, dass Ihre Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur lokalen Betäubung und therapeutischen Zwecken für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

Unsere Praxis wird als reine Bestellpraxis geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel kaum Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie bei uns einen Termin vereinbaren, reservieren wir entsprechende Zeit für Sie. Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, so sagen sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. bitte spätestens 24 Stunden vorher. Nicht eingehaltene Termine werden von uns ggf. mit einem Ausfallhonorar in Rechnung gestellt.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in legen Sie uns bitte Ihre Versicherungskarte bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vor, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich Versicherte/r haben sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversicherungskarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung)

Steinkirchen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Zahnarztpraxis**  
Clemens Hirsing  
Alter Marktplatz 7  
21720 Steinkirchen

**Kontakt**  
Telefon 04142 810481  
info@zahnarztpraxis-steinkirchen.de  
www.zahnarztpraxis-steinkirchen.de

**Besonderheiten**  
Digitale Volumentomographie  
Lasertherapie  
Minimalinvasive Implantologie