

ANMELDUNG UND GESUNDHEITSFRAGEN

IMPLANTOLOGIE KOMPETENZ MÜNCHEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Dieser Bogen berücksichtigt die europäischen Datenschutzrichtlinien nach der DSGVO. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich Ihrer Allgemeingesundheit umgehend mit.

1. ALLGEMEINE DATEN

PATIENT

Name, Vorname Geburtsdatum

Beruf

VERSICHERTER

Name, Vorname Geburtsdatum

KONTAKTDATEN

Straße Nr: PLZ Ort

Tel. privat Tel. Büro

Handy E-Mail

Versicherung Zusatzversicherung

Beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Hauptanliegen

Durch wen oder was sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

TERMINERINNERUNG & KOMMUNIKATION

Für Terminerinnerungen, Heilkostenplan, Infomaterial und allgemeine Anfragen werden wir Sie per SMS, Whats App und E-Mail kontaktieren.

2. ALLGEMEINE MEDIZINISCHE ANAMNESE

VORERKRANKUNGEN:

Besteht /bzw. bestand bei Ihnen einer der folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislauf ja Hoher oder niedriger Blutdruck
 Akt. Blutdruckwert (mmHg)

Angina Pectoris Herzschwäche/Herzfehler
 Herzrhythmusstörungen Herzklappenentzündung
 Herzmuskelentzündung Herzzinnenwandentzündung
 Herzinfarkt Schlaganfall
 Trombose Blutgerinnungsstörung
 Durchblutungsstörungen
Akt. Quick- bzw. INR-Wert

nein

Schilddrüse ja Überfunktion Unterfunktion
 nein

Lunge ja Asthma COPD
 Tuberkulose chron. Bronchitis
 Lungenentzündung/-emphysem
 Scharchen/Schlafapnoe

nein

Bauchspeicheldrüse ja Diabetes-Typ 1 Diabetes-Typ 2
Akt. Blutzuckerwert

nein

Leber ja Hepatitis B Hepatitis C
 Leberzirrose
Andere

nein

Niere ja Niereninsuffizienz
Andere

nein

Magen-Darm ja Verdauungsstörungen Morbus Crohn
 Geschwüre Sodbrennen (Reflux)
Andere

nein

Knochen, Gelenke ja Rheuma Osteoporose
 Künstliche Gelenke Fibromyalgie
Andere

nein

Andere ja Stark eingeschränkte Sehkraft
 Mundatmung Depressionen / Angstzustände
 Epilepsie Leukämie
 HIV / AIDS Tumorerkrankungen
 Chemotherapie / Bestrahlung
Andere

nein

WURDEN SIE IN DER VERGANGENHEIT OPERIERT?

Transplantat ja Monat / Jahr / Region
 Herzschrittmacher Herzklappenersatz
 Stent Andere

nein

REGELMÄSSIGE EINNAHME VON MEDIKAMENTEN

Nehmen Sie Medikamente ein? ja Blutdruckmedikamente welche
 Blutgerinnungshemmer welche
 Herzmedikamente welche
 Rheuma-Medikamente welche
 Biophosphonate welche
 Schmerzmittel welche
 Psychopharmaka welche
 Antidiabetika welche
 Cortison welche
 Säureblocker welche
 Andere

nein

Wurden Sie in letzter Zeit mit Antibiotika behandelt?
 ja Monat / Jahr Weshalb?
Präparat

nein

Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten oder Denosumab behandelt?
 ja Monat / Jahr Weshalb?
Präparat

nein

ALLERGISCHE REAKTIONEN

- Haben Sie Allergien?** ja nein
- Heuschnupfen Latex
 Insektenstiche Jod
 Antibiotika welche
 Schmerzmittel welche
 Nahrungsmittel welche
 Duftstoffe welche
 Metalle welche
 Andere
 Allergiepass Ja Nein

ALLGEMEIN

- (Als Frau) Sind Sie schwanger?** ja, Woche nein
- Rauchen Sie?** ja, wieviel nein

HAUSARZT

Name der Praxis Tel.

Name des behandelnden Arztes

3. SPEZIELLE ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

- Haben Sie ein akutes zahnmedizinisches Problem?** ja nein
- Sind Sie in regelmäßiger zahnärztl. Behandlung (Prophylaxe)?** ja, Zahnarzt
 nein
- Sind Sie mit Ihren Zähnen/Zahnersatz (Ästhetik) zufrieden?** ja nein
- Sind Sie mit Ihren Zähnen/Zahnersatz (Funktion) zufrieden?** ja nein
- Gab es in der Vergangenheit ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungen?**
- Spritzen ja nein
 Medikamente ja nein
 Spülungen ja nein
 Betäubung ja welche
 nein
- Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk oder der Muskulatur?** ja nein
Pressen oder Knirschen Sie unbewußt mit den Zähnen? ja nein
Leiden Sie an Kopf- oder Nackenbeschwerden? ja nein
Leiden Sie an Mundtrockenheit oder Brennen im Mund? ja nein

VORHERIGE BEHANDLUNGEN

Wurde in der Vergangenheit eine der folgenden Behandlungen bei Ihnen durchgeführt?

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="radio"/> Paradontitisbehandlung | wann (Jahr) |
| <input type="radio"/> Zahnersatz / Implantatbehandlung | wann (Jahr) |
| <input type="radio"/> Aufbißschiene | wann (Jahr) |
| <input type="radio"/> Kieferorthopädische Behandlung | wann (Jahr) |

EINWILLIGUNG

Die obigen Angaben entsprechen meinem momentanen Kenntnisstand. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Praxis nach dem „**Bestellsystem**“ geführt wird.

Sollten Sie Termine nicht einhalten können, müssen Sie diese spätestens 48 Std. vorher absagen, OP Termine 72 Stunden (3 Tage) vorher. Sollte dies nicht geschehen, werden wir Ihnen den Ausfall, bei Prophylaxe, bei allgemeinen Behandlungsterminen sowie OPs nach individuellen Aufwand, in Rechnung stellen.

Wichtig: Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen, daher vermeiden Sie möglichst die Teilnahme am Straßenverkehr.

.....
Ort, Datum

Unterschrift des Patienten