



Zahnärztliche Praxis
Dr. Claudia Adam
Dr. Lutz Voigtländer
Dr. Vera Seybold-Epting
Bucher Straße 49
90419 Nürnberg

Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese). Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Straße/Nr.: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____ Telefon: _____

Gesetzliche Krankenkasse _____ zusatzversichert

Private Krankenkasse _____ Anspruch auf Beihilfe

Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Überempfindliche Zähne | <input type="checkbox"/> Zähne knirschen | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksschmerzen/Knacken | <input type="checkbox"/> Zahnverfärbungen | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Zahnlockerungen | |

Sonstiges _____

Wechselwirkungen von Medikamenten/akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie ein (z.B. auch Gerinnungshemmende Medikamente, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?

Befinden Sie sich z. Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Hausarzt/Facharzt _____

Allergien

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit ?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein

Herzklappenersatz/Herzfehler ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Herzasthma /Angina pectoris ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Herzinfarkt ja nein

Herzpass ja nein

Sonstiges ? _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/..) ja nein

Tuberkulose ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welches Ergebnis? _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Zuckererkrankung ja nein

Bisphosphonat-Therapie ja nein

Sonstiges? _____

Bluterkrankung

Blutungsneigung ja nein Blutarmut ja nein

Sonstiges? _____

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptische Anfälle ja nein Krämpfe ja nein

Psychosomatische Erkrankungen ja nein

Sonstiges? _____

Magen- /Darmerkrankungen

Erkrankungen Magen -und Darmtrakt ja nein

Nierenerkrankungen

Nierenerkrankung ja nein

Tumorerkrankungen

nein ja, Chemo- / Strahlentherapie ja nein

Schwangerschaft

nein ja, welcher Monat: _____

Drogen

Drogenabhängigkeit ja nein

Alkoholabhängigkeit ja nein

Nikotinabhängigkeit ja nein

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht) ja nein

Sonstige Ess-Störung? _____

Röntgen

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____

Ihr persönliches Anliegen und Ihre individuellen Erwartungen an die bevorstehende Zahnbehandlung

Grund Ihres heutigen Besuches? _____

Worauf legen Sie besonders Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ja nein

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?

nein ja, telefonisch per Karte

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Mundhygieneartikel |
| <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung | <input type="checkbox"/> Kariesbestimmung |
| <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung | <input type="checkbox"/> ganzheitliche Zahnheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Umweltzahnmedizin | <input type="checkbox"/> Testung zahnärztlicher Materialien |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Implantologie |
| <input type="checkbox"/> Schnarcherschienen | <input type="checkbox"/> Sportlerschienen |
| <input type="checkbox"/> Zahnästhetik | <input type="checkbox"/> Bleaching (Zahnaufhellung) |
| <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungsregulierung | |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle

Kennen Sie unsere Homepage unter www.noris-zahn.de? ja nein

Bitte beachten!

Örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie 1 Stunde nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Und ... um die Wartezeit in unserer Praxis für Sie möglichst kurz zu halten, bemühen wir uns sehr, Ihre Behandlungstermine und die Dauer der Behandlung dementsprechend zu planen.

Gleichzeitig müssen wir uns natürlich darauf verlassen können, dass sie Ihre Termine zuverlässig und pünktlich wahrnehmen.

Sollten Sie zu einem Termin einmal nicht kommen können, so sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab, damit wir diese Zeit einem anderen Patienten anbieten können. Sollten Sie Termine unentschuldigt versäumen, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass es uns gesetzlich erlaubt ist, ihnen unseren Honorarausfall in Rechnung zu stellen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe.

Datum _____ **Unterschrift** _____