

# ZAHNZENTRUM DR. FEIGE & KOLLEGEN

Implantologie • Zahnerhalt • Zahnästhetik



## ANAMNESEBOGEN

– Für Erwachsene –

**Herzlich Willkommen im Zahnzentrum Dr. Feige & Kollegen,  
Ihre Spezialisten für Implantologie, Zahnerhalt und Zahnästhetik.**

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen die *bestmögliche* und *individuelle Behandlung* anzubieten. Um dieses Ziel zu erfüllen, möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen und unseren Fragebogen *so genau wie möglich* auszufüllen. Scheuen Sie bitte nicht davor, nach unserem speziellen *Fragebogen für Angstpatienten* zu fragen!

Gerne besprechen wir die Ihnen oder uns wichtigen Fragen des Bogens gleich nochmal ausführlich mit Ihnen.

Alle nachfolgenden Angaben dienen ausschließlich der *Optimierung Ihrer Behandlung*. Wir möchten Sie daher bitten, auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Anschrift mitzuteilen, um Ihre *Kartei stets aktuell und vollständig* zu halten.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der *ärztlichen Schweigepflicht*.



\* (die mit Sternchen gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben)

## Kontakdaten des Patienten

Frau       Herr

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Straße & Hausnr.	<input type="text"/>
PLZ & Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Mobil*	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Beruf*	<input type="text"/>
Arbeitgeber*	<input type="text"/>		

## Kontakdaten des Hauptversicherten

Ist der Patient nicht der Hauptversicherte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Straße & Hausnr.	<input type="text"/>
PLZ & Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Mobil*	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Beruf*	<input type="text"/>
Arbeitgeber*	<input type="text"/>		

## Ich bin wie folgt versichert

Gesetzlich       Privat      Name der Versicherung

Zusatzversichert      Name der Zusatzversicherung

Beihilfeberechtigt

## Röntgenbilder

Mir liegen aktuelle Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes vor:

Datum Erstellung       Ersteller

## **PERSÖNLICHE ANGABEN**

\* (die mit Sternchen gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben)

### Angaben zum Hausarzt

Name und Standort des Arztes

*Bei Überweisung durch eine/n KollegIn*

Name Standort des Hauszahnarztes

## **IHR ANLIEGEN**

In welcher Angelegenheit können wir Ihnen behilflich sein?

### Besuchsgrund

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung                | <input type="checkbox"/> Knirschen                      |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen                       | <input type="checkbox"/> Mundgeruch                     |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten                   | <input type="checkbox"/> Überweisung durch Kollegen     |
| <input type="checkbox"/> Migräne / Kopf- und Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> 3D-Diagnostik (DVT)            |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden             | <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/> |

### Beratungswunsch

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung   | <input type="checkbox"/> Lachgasbehandlung                                       |
| <input type="checkbox"/> Weiße Zähne (Bleaching)        | <input type="checkbox"/> Zahnersatz  |
| <input type="checkbox"/> Zahnästhetik / Kosmetik        | <input type="checkbox"/> Laserbehandlung   |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Keramikfüllung     | <input type="checkbox"/> Herpestherapie  |
| <input type="checkbox"/> Amalgamausleitung              | <input type="checkbox"/> Neue Mikrochirurgische Verfahren (Ultraschallchirurgie) |
| <input type="checkbox"/> Implantate/Implantatversorgung |  |

### **Bitte beachten Sie:**

Die Stellung der Zähne sollte keinesfalls isoliert betrachtet werden. Vielmehr sollten ganzheitliche Gesichtspunkte, wie die Vorbeugung von Erkrankungen sowie Funktion und Funktionsstörungen verstärkt Berücksichtigung finden.

Aus diesem Grund finden Sie auf Seite 4 einige allgemeine und spezielle Gesundheitsfragen.



## Ärztliche Behandlung

Ich befinde mich zur Zeit in ärztlicher Behandlung

Grund

## Herzerkrankungen

Herzinsuffizienz?

Herzschrittmacher?

Künstliche / Biologische Herzklappe?

Herzinfarkt? Datum des Infarktes

Sonstiges

## Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck?

Sonstiges

## Infektionserkrankungen

Hepatitis (A/B/C)?

Tuberkulose?

HIV?

MRSA?

## Stoffwechselerkrankungen

Diabetes?

Schilddrüsenerkrankungen?

Nierenerkrankungen?

Dialyse?

Magen- / Darmerkrankungen?

Chronische Lebererkrankungen?

Sonstiges

## Erkrankungen des Nervensystems

Epileptische Anfälle?

Depressionen?

Demenz?

Sonstiges

## Sonstige Erkrankungen

Rheuma?

Chronische Lungenerkrankungen / Asthma?

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen?

Bluterkrankungen?

Augenerkrankungen?

Sonstiges

Künstliches Hüft- / oder Kniegelenk? Falls ja, Datum der OP:



## Medikamente

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein:

Nehmen Sie Blutverdünner? (z.B. Marcumar, Heparin / Clexane, ASS, Pradaxa, Plavix / Clopidogrel, Xarelto, Eliquis, Brilique)

Ja  Nein

Bekommen oder bekamen Sie jemals Medikamente gegen Osteoporose oder Tumorerkrankungen?  
(z.B. Bisphosphonate wie Alendronsäure, Zometa, Prolia)

Ja  Nein

## Geschlechtsbezogen

Sind Sie schwanger?  Ja (Monat der Schwangerschaft)   Nein

## Allergien

Besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente? Wenn ja, gegen welche?

## Rauschmittel

Konsumieren Sie Alkohol- / und oder Rauschmittel?

Ja (welche?)   Nein

Rauchen Sie?

Ja  Nein

Konsumieren Sie Aufputsch- und / oder Beruhigungsmittel?

Ja (welche?)   Nein

## Weitere freiwillige Angaben

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Auf Empfehlung von   Internet  Telefonbuch
- Überweisung von   Sonstiges

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?


- E-Mail  Postalisch  Telefonisch  gar nicht





## Terminabsage

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, *spätestens 24 Stunden vorher* abzusagen.

Bei *Nichterscheinen ohne Absage* behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallrechnung mit Pauschalbetrag für den freigehaltenen Termin in Rechnung zu stellen. Bitte beachten Sie, dass Sie nach dem dritten Mal des Nichterscheinens keinen weiteren Termin mehr von uns erhalten werden.

 Bei jeder Anästhesie, vor allem der Leitungsanästhesie im Unterkiefer, kann es zu vorübergehenden oder bleibenden Schäden insbesondere von Nerven kommen.

 Bitte bringen Sie bei jedem Besuch Ihre Krankenversichertenkarte mit.

 Betäubungsmittel können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen.

 **UNTERSCHRIFT**

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten