

# Matthias Dahms

angestellte Zahnärzte

Dr. Sabine Mätzig-Vehlewald - Dr. Uwe Vehlewald- Alperen Kaşkaya

## Werte Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir eine genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_

## Gegebenenfalls mitversichert bei / gesetzlicher Vertreter

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Zahlungspflichtiger \_\_\_\_\_

## Krankenversicherung

O privat bei: \_\_\_\_\_ O Basis-/Standardtarif O beihilfeberechtigt  
O gesetzlich bei: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

O Internet O Familie/Freunde/Bekannte O sonstiges

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? \_\_\_\_\_

## Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Aus diesem Grund bitten wir Sie vor der ersten Behandlung, unseren Anamnesebogen auszufüllen.

### 1. Sind Sie am Herz-Kreislaufsystem erkrankt?

- Bluthochdruck
- Angina Pectoris
- Herzinfarkt
- Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)
- Herzoperationen

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe? O ja  
O nein

3. Sind Sie Diabetiker? O ja O nein

4. **Leiden oder litten Sie je an:**

- Nierenerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Lungenerkrankungen, Asthma
- Epilepsie
- Rheumatischen Erkrankungen?

5. **Haben Sie eine Bluterkrankung, z. B. Gerinnungsstörung?**  ja  nein

6. **Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit wie**

- Hepatitis? Welche? \_\_\_\_\_
- Tuberkulose?

7. **Haben Sie eine Immunschwäche? (HIV+)**  ja  nein

8. **Wurde bei Ihnen eine Strahlentherapie durchgeführt oder nehmen sie Bisphosphonate?**  ja  nein

9. **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

10. **Sind bei Ihnen Unverträglichkeitsreaktionen gegen Medikamente oder Metalle festgestellt worden?**  ja  nein

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

11. **Sind bei Ihnen Allergien bekannt?**  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

12. **Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich (Zähne) geröntgt?** Vor ca. \_\_\_\_\_ Jahren

13. **Sind Sie schwanger?**  ja  nein Welche Woche? \_\_\_\_\_

14. **Rauchen Sie?**  ja  nein Wenn ja wieviel? \_\_\_\_\_

**Erinnerungsservice**

ich wünsche, an Termine erinnert zu werden per  Anruf  SMS  E-Mail

ich wünsche, in Ihrem Zahnreinigungsintervall aufgenommen zu werden und möchte erinnert werden per

SMS  E-Mail

ich wünsche keine Erinnerung jeglicher Art von Ihrer Praxis

**Um uns noch einen besseren Eindruck von Ihren Bedürfnissen, Zielen und Wünschen an eine Behandlung in unserer Praxis verschaffen zu können, bitten wir noch um die Beantwortung folgender Fragen.**

1. **Gibt es etwas, was Sie, unabhängig von klassischen Beschwerden im Bereich der Zähne und des Zahnfleisches, stört?**
  - scharfe Kanten
  - das Hängenbleiben von Speiseresten
  - Zahnfleischbluten
  - Zahnfleischrückgang
  - Freiliegende Zahnhälse
  - Überempfindlichkeiten
  - Ästhetik
  
2. **Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?**  ja  nein
  
3. **Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden?**  ja  nein
  
4. **Knirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen?**  ja  nein
  
5. **Haben Sie Probleme mit Ihren Kiefergelenken?**  ja  nein
  
6. **Treten bei Mundöffnungs- oder Kaubewegungen Geräusche im Bereich der Kiefergelenke auf (Reiben, Knacken)?**  ja  
 nein
  
7. **Leiden Sie häufig an Kopf-, Nacken- oder Rückenschmerzen?**  ja  nein
  
8. **Wurden bei Ihnen Kieferorthopädische Maßnahmen durchgeführt?**  
 ja  nein  wenn ja, wann?
  
9. **Würden Sie Ihre Zähne als eher gut oder eher schlecht bezeichnen?**  gut  
 schlecht

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um Wartezeiten für Sie nach Möglichkeit zu vermeiden, arbeiten wir ausschließlich nach einem Bestellsystem. Aus diesem Grund bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens **24 Stunden** vorher bei Bedarf abzusagen, da wir andernfalls ein Ausfallhonorar in Höhe der geplanten Behandlungsleistungen nach § 615 BGB berechnen müssen, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass ein Vertrag für die laufende Behandlung nur mit dem behandelnden Zahnarzt zu Stande kommt.

**Datum** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Unterschrift**