

Zahnarztpraxis

Dr. Jochen Frank MSc. Implantologie

Dr. Andreas Pflumm

## Anmeldung

Herzlich willkommen!

Schön, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben!

Um Sie möglichst fachgerecht behandeln zu können, benötigen wir vorweg einige Informationen von Ihnen.

Neben Ihren persönlichen Daten sind für uns Ihre Angaben im zahnmedizinischen und allgemeinmedizinischen Fragebogen wichtig.

Bitte beantworten Sie besonders die Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand möglichst genau, damit für Sie eine komplikationslose Behandlung sichergestellt werden kann.

Teilen Sie uns bitte jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Hoffentlich kommen Sie beim Ausfüllen der leider vielen Punkte nicht aus der Puste.

Bei eventuellen Problemen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Mitarbeit!



Ihr Dr. Jochen Frank MSc. & Dr. Andreas Pflumm

(Herr/Frau/Kind)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

Ort

Telefon

Handy

Fax

e-mail

Krankenkasse

Geschäftsstelle

Mitglied

Geburtsdatum

Freiwillig versichert?

Zusatzversicherung  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Beihilfe  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Beruf

Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

Telefon

## Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung bzw. Überweisung von:

Internet  Gelbe Seiten  Telefonbuch  Vortragsveranstaltung  Zeitung

## **Wichtige Hinweise**

- Um Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu ermöglichen, führen wir eine Bestellpraxis. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Behandlungszeiten werden daher in Rechnung gestellt.
- Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.

# Zahnmedizinischer Fragebogen

Haben Sie ein akutes zahnmedizinisches Problem (Schmerzen, Probleme mit Zahnersatz, ...)?  ja  nein

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

---

Was wurde gemacht?

---

Wurde eine Zahnregulierung (Spange) durchgeführt?  ja  nein

Haben Sie schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht?  ja  nein

Haben Sie besonders Angst vor Spritzen beim Zahnarzt?  ja  nein

Neigen Sie zu Kreislaufproblemen und Ohnmacht?  ja  nein

Leiden Sie an leicht auslösbaren Würgereizen?  ja  nein

Bleibt irgendwo Essen zwischen den Zähnen hängen?  ja  nein

Blutet Ihr Zahnfleisch beim kräftigen Zähneputzen?  ja  nein

Haben Sie Probleme mit Mundgeruch?  ja  nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?  ja  nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Parodontose-Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Benutzen Sie bereits Zahnseide oder spezielle Bürsten für die Zahnzwischenräume?  ja  nein

Zahnseide  Zwischenraumbürste  ab und zu  regelmäßig

Leiden Sie häufiger an Kopfschmerzen oder Schmerzen im Gesichtsbereich?  ja  nein

Wenn ja wann?  morgens  mittags  abends  \_\_\_\_\_

Knackt Ihr Kiefergelenk z.B. beim Kauen oder Gähnen?  ja  nein

Haben Sie Probleme beim Kauen harter Speisen?  ja  nein

Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich?  ja  nein

Tragen Sie Schuheinlagen?  ja  nein

Wurden in diesem oder im Jahr zuvor zahnärztliche Röntgenaufnahmen hergestellt?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden?  ja  nein

Wünschen Sie sich eine hellere Zahnfarbe?  ja  nein

Fällt es Ihnen schwer, bei Fotos mit geöffnetem Mund zu lächeln?  ja  nein

## Wünschen Sie eine besondere Beratung über

Gesunderhaltungsprogramm für Zähne

Amalgamentfernung und Quecksilberausleitung

Hochwertigen Zahnersatz

Implantate

Zahnaufhellung

Sonstiges \_\_\_\_\_

Welche besonderen Wünsche bezüglich Ihrer zahnärztlichen Behandlung haben Sie?

---

# Allgemeinmedizinischer Fragebogen

Wann war Ihre letzte ärztliche Untersuchung?

---

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

ja  nein

Name und Anschrift Ihres Hausarztes bzw. Facharztes

---

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

## Herz-/ Kreislauferkrankungen

- |                     |                          |                            |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Bluthochdruck       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzklappenfehler   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzschrittmacher   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzoperation       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schlaganfall        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzinfarkt         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Endokarditis        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Allergien - Unverträglichkeiten

- |                              |                          |                            |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Allergiepaß                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Antibiotika (z.B.Penicillin) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Heuschnupfen                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schmerzmittel                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Metalle                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wundpflaster                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lactose (Milchzucker)        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnärztliche Betäubung      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sonstige Unverträglichkeiten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Infektionskrankheiten

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Lebererkrankung (Hepatitis, Gelbsucht) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose                            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Aids (HIV)                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Andere Erkrankungen

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Diabetes(Zuckerkrankheit)                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nasennebenhöhlenerkrankung                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutgerinnungsstörung                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie)                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheuma                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose                                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäulen-, Nacken-, Rückenbeschwerden   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Augenerkrankung (grüner Star, Glaukom, ...) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tumorerkrankung                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Neurologische Erkrankung                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Psychische Erkrankung                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Sonstige Erkrankung \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig bzw. derzeit ein?

---

Frühere **Operationen**? Wenn ja, welche?

ja  nein

Nehmen Sie Marcumar-, Aspirin-, oder ASS-Einnahme zur Blutverdünnung?

ja  nein

Bekommen Sie Medikamente (z.B. Biphosphonate) zur Osteoporose- oder Tumorbehandlung?

ja  nein

Besteht eine Medikamenten-, Alkohol oder Drogenabhängigkeit?

ja  nein

## Rauchen Sie?

ja  nein  aufgehört seit \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie viele Zigaretten (Zigarren, o. ä.) rauchen Sie täglich?

max. 10 Zig.  10-20 Zig.  mehr als 20 Zig.

Besteht eine Schwangerschaft?

ja \_\_\_\_\_ Monat  nein

Datum und Unterschrift

---