

Anmeldebogen

(Wenn Sie Fragen hierzu haben bzw. Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterin am Empfang!)



Zahnarztpraxis PIEPEREIT

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich begrüße Sie auch im Namen meiner Mitarbeiter herzlich in unserer Praxis. Ich freue mich, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Bevor wir in Kürze miteinander über Ihre Beschwerden oder zahnmedizinischen Wünsche sprechen können, benötige ich neben Angaben zu Ihren Personalien und Ihrer Versicherung auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Letztere sind wichtig für eine auf Sie angepasste Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Torsten Pieperreit

Patient /-in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	PLZ	Wohnort
Telefon / Handy	E-Mail (Angaben freiwillig)	
<input type="radio"/> selbst versichert	Beruf (Angaben freiwillig)	Arbeitgeber (Angaben freiwillig)

(nur ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst versichert, sondern mitversichert ist)

versichert bei:	Angaben zum Versicherten:		
<input type="radio"/> Ehemann			
<input type="radio"/> Ehefrau	Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="radio"/> Vater			
<input type="radio"/> Mutter	Straße / Hausnummer	PLZ	Wohnort
	Telefon / Handy / Fax		E-Mail

Krankenkasse

Name der Krankenkasse / der Versicherung	Mitgliedsnummer			
<input type="radio"/> gesetzlich versichert	<input type="radio"/> freiwillig gesetzlich versichert	<input type="radio"/> privat vollversichert	<input type="radio"/> privat Standardtarif	<input type="radio"/> Beihilfe
Haben Sie eine Zusatzversicherung?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Wenn ja, welche: _____	

Hausarzt

Name	Telefon	
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
Aktuelle fachärztliche Behandlungen:		
Arzt / Grund der Behandlung	_____	
Arzt / Grund der Behandlung	_____	

Wichtiger Hinweis:

Der nachstehende Anamnesebogen wird im Rahmen einer laufenden Behandlung nur einmal ausgefüllt. Teilen Sie uns daher bitte von sich aus gegebenenfalls aufgetretene Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bei nachfolgenden Terminen mit.
Nicht nur in eigener Sache: Wir sind immer bemüht, Ihnen wie auch allen anderen Patienten lange Wartezeiten zu ersparen. Das geht nur dadurch, dass wir Behandlungszeiten einplanen, die wir ausschließlich für Sie bereitstellen und in der Regel für andere Patienten nicht nutzen können. Deshalb bitten wir Sie für den Fall der Verhinderung, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden und, falls zwei Stunden oder mehr für Sie eingeplant sind, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Recallservice

Möchten Sie, dass wir Sie regelmäßig an die halbjährliche Kontrolluntersuchung sowie an vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnern? Ja Nein

Bitte benachrichtigen Sie mich: per Post per E-Mail per SMS

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Anamnesebogen (Wenn Sie Fragen hierzu haben bzw. Hilfe benötigen, sprechen Sie mich bitte vor Behandlungsbeginn an!)



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten.
Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Verwendung Ihrer Daten für das Online-Terminmanagement zu?

Ja Nein

Zahnarztpraxis PIEPEREIT

Herz / Kreislauf

- Herzfehler Ja Nein
- Angina pectoris Ja Nein
- Herzinfarkt Ja Nein
- Herzmuskelentzündung Ja Nein
- Herzklappenentzündung Ja Nein
- Künstliche Herzklappe Ja Nein
- Herzschrillmacher Ja Nein
- Hoher Blutdruck Ja Nein
- Niedriger Blutdruck Ja Nein
- Rhythmusstörungen Ja Nein
- Herzschwäche Ja Nein

Atemwege / Lunge

- Asthma bronchiale Ja Nein
- Lungenentzündung Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein
- Chronische Bronchitis Ja Nein
- Lungenblähung Ja Nein
- Schlafapnoe Ja Nein

Leber / Gallenblase

- Gelbsucht Ja Nein
- Leberzirrhose Ja Nein
- Fettleber Ja Nein
- Gallensteine Ja Nein
- Hepatitis A Ja Nein
- Hepatitis B Ja Nein
- Hepatitis C Ja Nein

Gefäße

- Schlaganfall Ja Nein
- Durchblutungsstörungen Ja Nein
- Krampfader Ja Nein
- Thrombosen Ja Nein

Sonstige ernsthafte bzw. chronische Erkrankungen Nein Ja, welche: _____

Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja, Anzahl pro Tag _____

Schwangerschaft Nein Ja, Schwangerschaftswoche _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Psychopharmaka
- Antidiabetika
- Antibiotika
- Antibabypille

Gerinnungshemmende Medikamente? Ja Nein

- Aspirin / ASS kürzlich dauerhaft
- Marcumar kürzlich dauerhaft
- Triclopidin kürzlich dauerhaft
- Clopidogrel kürzlich dauerhaft

Sonstige: _____

Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/ Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Nein Ja, wann: _____

Danke, dass Sie durchgehalten haben. Es ist bald geschafft - nur noch einige Fragen zu Ihren Zähnen.

Stoffwechsel / Diabetes

- Diabetes mellitus Typ I Ja Nein
- Diabetes mellitus Typ II Ja Nein
- Aktueller Blutzuckerwert _____
- Schilddrüsenunterfunktion Ja Nein
- Schilddrüsenüberfunktion Ja Nein
- Kropf Ja Nein

Skelettsystem

- Gelenkbeschwerden Ja Nein
- Rückenbeschwerden Ja Nein
- Muskelschwäche Ja Nein
- Fibromyalgie Ja Nein
- Osteoporose Ja Nein
- Knochenentzündung Ja Nein

Knochen

Bisphosphonattherapie Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____
Wann? _____

Augen

- Grüner Star (Glaukom) Ja Nein
- Grauer Star (Katarakt) Ja Nein

Allergien

- Heuschnupfen Ja Nein
- Biene / Wespe Ja Nein
- Nahrungsmittel Ja Nein
- Jod Ja Nein
- Pflaster Ja Nein
- Latex Ja Nein
- Medikamente: Welche? _____



Zahnarztpraxis PIEPEREIT

Zahnmedizinische Fragen

- Haben Sie gelegentlich Beschwerden beim Kauen? Ja Nein
- Ist einer Ihrer Zähne besonders empfindlich? Ja Nein
- Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken? Ja Nein
- Pressen oder knirschen Sie auf Ihren Zähnen? Ja Nein
- Haben Sie Schmerzen, wenn Sie den Mund weit öffnen, bei großem Biss oder beim Gähnen? Ja Nein
- Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? *links / rechts* Ja Nein
- Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund? Ja Nein
- Müssen Sie „einen Platz suchen“, um die Zähne richtig zu schließen? Ja Nein

Aufklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

die allermeisten zahnärztlichen Behandlungen verlaufen ohne jede Komplikation. Behandlungen, die aufgrund der üblichen Zumutbarkeitsschwelle eine örtliche Anästhesie nahelegen, beinhalten jedoch im Ausnahmefall Risiken.

Ich habe die Pflicht, Sie über diese Risiken aufzuklären. Sie haben das Recht, sich in deren Kenntnis für oder gegen eine Maßnahme zu entscheiden, wobei ich Sie gerne auch im Gespräch unter Berücksichtigung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes beraten kann. Betrachten Sie also das, was Sie hier lesen werden, nur als allgemeine Basisinformation, aufgrund derer Sie mir gerne Fragen stellen können, bevor Sie Ihre Entscheidung treffen.

- Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können **Blutungen** in das umgebende Gewebe eintreten, insbesondere bei Einnahmen von gerinnungshemmenden Mitteln.
- In ganz seltenen Fällen kann es auch zu **Infektionen** kommen.
- Es kann in sehr seltenen Fällen eine **Irritation von Nervenfasern** (Nervenschädigung) eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich.
- Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, unbedingt auf Essen und Trinken.
- Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen, wodurch auch Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt wird. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen. Ja Nein

Bevor ich mich entscheide, habe ich noch Fragen an den Zahnarzt. Ja Nein

Nachdem meine Fragen zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden und ich mich vollständig aufgeklärt sehe, entscheide ich mich wie folgt:

- Ich möchte - sofern meine gesundheitlicher Zustand es erlaubt - immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte über eine örtliche Betäubung jeweils individuell entscheiden.

Datum

Unterschrift