



Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir um folgende Informationen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen teilen Sie uns bitte umgehend mit.

Patient/Patientin	Versicherter/Versicherte
Name	Name
Vorname	Vorname
Geb.-Datum	Geb.-Datum
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort
Straße Haus-Nr.	Straße Haus-Nr.
Telefon privat	
von / bis	
Telefon beruflich	
von / bis	
E-Mail Adresse	Arbeitgeberadresse
Beruf	
Krankenkasse	Haben Sie einen Basistarif ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Auf wessen Empfehlung kommen Sie?	

Ihr Hauptanliegen:	Ja / Nein	Wünschen Sie eine Beratung über	Ja / Nein
Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Karies-Vermeidung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zahnfarbene Füllungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bemerken Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wurzelbehandlung/en	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie öfters Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Parodontalbehandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Verbesserung der Ästhetik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Interessieren Sie sich auch für Behandlungsmöglichkeiten, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse hinausgehen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hochwertigen Zahnersatz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Implantate	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Sonstiges	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Allgemeine medizinische Fragen	
Haben oder hatten Sie Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Herzklappenersatz)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose o. ä.)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Grunderkrankungen (Diabetes, Lebererkrankung o. ä.)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche?	
Bluterkrankung / Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arzneimittelüberempfindlichkeit / Allergie gegen	
Haben Sie einen Allergie - Pass?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn Ja – Welche?	
Liegen andere Erkrankungen vor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn Ja – Welche?	
Hausarzt/-ärztin	Adresse
	Telefon

Letzte Röntgenuntersuchung

Sind Sie Raucher/in? Ja Nein

Wenn Ja:

Zigaretten pro Tag: bis 10

10 – 20

Mehr als 20

Bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn Ja, welcher Monat?

Zahnärztliche Anamnese

Bei Beschwerden:

Wo genau?

Welcher Art?

Seit wann?

Wie häufig?

Wie lange halten die Beschwerden jeweils an?

Zu welcher Tageszeit erscheinen die Beschwerden?

Welcher Reiz provoziert oder verstärkt die Beschwerden?

Erfolgte bereits eine Behandlung der Beschwerden?

Wurzelbehandlungen erfolgten an den Zähnen:

Gibt es Beschwerden an einem wurzelbehandelten Zahn? Ja Nein

Welche Beschwerden treten auf?

Wann genau wurde der betreffende Zahn zum ersten Mal behandelt?

Wann genau wurde der betreffende Zahn zum letzten Mal behandelt?

Wie haben sich die Symptome nach der Behandlung geändert?

Wann haben Sie zuletzt einen Zahnarzt besucht?

Welche Behandlung erfolgte dabei?

Wurde eine Parodontalbehandlung durchgeführt? Ja Nein Falls ja, wann? Mit welcher Methode? Curettage Lappen-OP Andere und zwarWurde bei Ihrer Mutter frühzeitiger Zahnverlust diagnostiziert? Ja Nein Wann wurde eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Mit welcher Methode? nur abnehmbare Geräte Multiband Andere und zwar

Welche Weisheitszähne sind entfernt?

Fehlende, nicht ersetzte Zähne

Krone/n an Zahn

 ist/sind vorhanden ca. seit (Jahr)

Brücke/n an den Zähnen

 ist/sind vorhanden ca. seit (Jahr)Herausnehmbarer Zahnersatz ist vorhanden Ja Nein im Oberkiefer ca. seit (Jahr) im Unterkiefer ca. seit (Jahr)

Beachten Sie bitte, dass nach Injektionen zur örtlichen Betäubung die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit herabgesetzt werden kann. Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis. Bitte halten Sie deshalb die vereinbarten Termine ein oder teilen Sie uns eine Verhinderung zur Vermeidung unnötiger Kosten mindestens 24 Stunden vorher mit. Sollte ich einen Termin nicht mindestens 24 Stunden vorher absagen, verpflichte ich mich, der Praxis für die für mich reservierte Behandlungszeit die Betriebskosten zu erstatten. Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben und Ihr Einverständnis mit den vorstehenden Erklärungen mit Ihrer Unterschrift.

Hagen, den

Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit Ihr Zahnarzt und das Praxisteam Dr. M. Eggert, M.Sc.

Endodontologie Hagen, Dr. Martin Eggert, M.Sc.
Lenzmannstr. 10 • 58095 Hagen • Telefon 0 23 31 / 2 26 61
Email kontakt@endodontologie-hagen.de • kontakt@zahnarzt-eggert.de
www.endodontologie-hagen.de • www.zahnarzt-eggert.de