



ZAHNARZT

Dr. Michael Pampel

Spezialist für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)

CMD-Centrum

Implantologie (zertifiz.)

Parodontologie (zertifiz.)

Konsiliararzt des Klinikums Coburg

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine praktikable Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Alle Angaben unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort nicht oder noch nicht im Klaren sind, werden wir das im persönlichen Gespräch klären. Für Ihre gewissenhafte Mitarbeit danken wir Ihnen herzlich.

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

mitver- sichert bei:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse:

Strasse _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer/Handy _____ Telefaxnr. _____

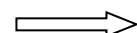
E-Mail-Adresse _____

Falls Sie mitversichert sind: **Hat der Hauptversicherte die gleiche Adresse?**

Falls nein:

Strasse/Hausnummer _____ Postleitzahl/Ort _____

bitte wenden



Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:

Name Ihrer Krankenkasse: _____

Sind Sie pflicht versichert? ja nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja nein

Wenn ja, bei welcher Versicherung _____

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:

Name Ihrer Privatversicherung: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Haben Sie Spezialtarife?
(Pensionäre, Studenten) ja nein

Ihr Beruf: _____

Ihr Arbeitgeber: _____

Adresse: _____

Strasse/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Telefonnummer

Zu Ihrer Information und juristischen Absicherung Klarstellung folgen weitere Erklärungen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, sowie die Kenntnisnahme und/oder Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen

- Nach einer Anästhesie (örtliche Betäubung) kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr für 3-6 Stunden eingeschränkt sein.
- Zur Entlastung der Verwaltung werden unsere Liquidationen von einer externen Verrechnungsstelle erstellt (ABZ-ZR). Mit der Weitergabe der dafür erforderlichen Daten bin ich einverstanden. Hierzu erhalten Sie noch ein separates Formblatt.
- Um meine Zähne langfristig gesund zu erhalten, möchte ich regelmäßig schriftlich oder telefonisch an die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden: ja nein
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werden von mir unverzüglich weitergegeben.
- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
 Auf Empfehlung Internet Telefonbuch Überweisung

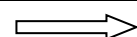
Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, per SMS an meinen vereinbarten Termin erinnert zu werden: ja nein

Mobil-Nr.

Datum

Unterschrift

bitte wenden



Fragebogen zum Gesundheitszustand:
Bitte Umkreisen Sie Ihre Antwort bei Wahlmöglichkeiten

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? _____

ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Letzte zahnärztliche Untersuchung wann? _____

Hausarzt / Facharzt:

Name, Adresse und Telefonnummer _____

Außerdem bin ich derzeit bei einem Facharzt in Behandlung für _____

(Name, Adresse des Facharztes): _____

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Medikamentenplan?

ja nein

Gerinnungshemmende Medikamente:

Dauerhaft oder in letzten Tagen, z. B.

- Aspirin/ASS
- Marcumar / Phenprocoumon
- Plavix/ Iscover/Clopidogrel
- Ticlopidin
- Heparin

Regelmäßige Medikamente:

Blutdruckmedikament: _____

ja nein

Herzmedikament _____

ja nein

Schmerzmittel _____

ja nein

Rheumamittel _____

ja nein

Psychopharmaka _____

ja nein

„Antibabypille“ _____

ja nein

Antidiabetika _____

ja nein

Antibiotika in letzten 3 Monaten

ja nein

Sonstiges? _____

Allergien:

Heuschnupfen, Nahrungsmittel? _____

ja nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? _____

ja nein

Antibiotika? _____

ja nein

Schmerzmittel? _____

ja nein

Jod? _____

ja nein

Latex (z.B. in Gummihandschuhen) _____

ja nein

Metalle? _____

ja nein

ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z. B. bei

Spritzen _____

ja nein

Medikamenten _____

ja nein

welche _____

Sonstiges? _____

Immunschwäche:

Einnahme von Cortison? _____

ja nein

Zustand nach Organtransplantation? _____

ja nein

AIDS, HIV? _____

ja nein

Bestrahlung, Chemotherapie? _____

ja nein

Blutkrebs? _____

ja nein

Sonstiges? _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen:

Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs? _____

ja nein

Sonstiges? _____

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)? _____

ja nein

Unregelmässiger Herzschlag (Arrhythmien)? _____

ja nein

Herzasthma, Angina pectoris? _____

ja nein

Herzmuskelentzündung? _____

ja nein

Herzklappenentzündung? _____

ja nein

Herzinfarkt? _____

ja nein

künstliche Herzklappe? _____

ja nein

Herzschrillmacher, Herzklappenersatz? _____

ja nein

Sonstiges? _____

Kreislaferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Sonstiges? _____

Gefäße:

Schlaganfall: ja nein
Thrombosen ja nein
Durchblutungsstörungen ja nein
Krampfadern ja nein
Sonstiges? _____

Bluterkrankungen:

Gerinnungsstörungen? ja nein
Nachbluten nach Operationen? ja nein
häufiges Nasenbluten? ja nein
blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach Berührung? ja nein
Sonstiges? _____

Leber:

Fettleber? ja nein
Leberzirrhose? ja nein
Hepatitis A B C7 ja nein
Gelbsucht? ja nein
Gallensteine? ja nein
Sonstiges? _____

Nieren:

Nierensteine? ja nein
Nierenentzündung? ja nein
Dialysepflichtig? ja nein
Sonstiges? _____

Atemwege:

COPD? ja nein
Lungenemphysem? ja nein
Schlafapnoe? ja nein
Schnarchen Sie? ja nein
Sonstiges? _____

Magen/Darm:

Verdauungsstörungen? ja nein
Sodbrennen? ja nein
Refluxkrankheit? ja nein
Geschwür? ja nein
Sonstiges? _____

Augen:

Grüner Star? ja nein
Grauer Star? ja nein
starke Einschränkung der Sehkraft? ja nein
Blindheit? ja nein
Sonstiges? _____

Skelettsystem/Knochen?

Osteoporose? ja nein
Gelenkerkrankungen? ja nein
künstliche Gelenke? ja nein
Muskelkrankungen? ja nein
Fibromyalgie? ja nein
Sonstiges? _____

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?
Wegen welcher Erkrankung? ja nein

Stoffwechsel:

Zuckerkrankheit? ja nein
Diabetes mellitus Typ I
Diabetes mellitus Typ II
Schilddrüsenunterfunktion? ja nein
Schilddrüsenüberfunktion? ja nein
Sonstiges? _____

Nerven/Gemüt:

Krampfanfälle? ja nein
Lähmungen? ja nein
Depressionen? ja nein
Angstzustände? ja nein
Sonstiges? _____

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? ja nein
Wenn ja, wo? _____
Unsere digitalen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.
Wie lange zurück liegt Ihr letztes Röntgenbild? Ca. _____ Monate

Schwangerschaft:

Wenn ja, im welchen Monat? _____

Rauchen Sie?

Wie viel durchschnittlich pro Tag? _____ ja nein
Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? ja nein
Vor wie viel Monaten/Jahren? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Wie viel? _____ ja nein

Auffälligkeiten im Mund/Zahnbereich:

temperaturempfindliche Zähne? ja nein

Zahnfleischbluten? ja nein

Stellungsveränderung der Zähne ja nein

Zahnspange in der Vergangenheit? ja nein

häufiges "Durch den Mund Atmen"? ja nein

Zahnverluste durch Karies? ja nein

Zahnverluste durch Zahnlockerung? ja nein

Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung/Zahnfleischbeschwerden? ja nein

„Parodontose-Behandlung“ durchgeführt
wann? _____ ja nein

Was ist der Grund für Ihren heutigen Zahnarztbesuch? _____

Überweiser:

Name:
Adresse:

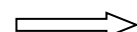
Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich außerdem einverstanden, dass die von mir angefertigten / erhobenen Fotos, sowie Daten und Befunde zu zahnmedizinischen und wissenschaftlichen Fachzwecken unerkennlich und anonymisiert veröffentlicht werden können.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum _____

Unterschrift _____

bitte wenden



Sehr geehrte Patienten,

Sehr geehrte Patientinnen,

aufgrund unserer langen Warteliste für Termine sind wir und unsere Patienten darauf angewiesen, dass Sie Ihre vereinbarten Termine wahrnehmen.

Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie bitte rechtzeitig telefonisch (09561 / 1369) oder auch gerne per E-Mail (praxis@dr-pampel.de) ab.

Bei unentschuldigtem Nicht-Erscheinen sind wir leider gezwungen, Ihnen in Zukunft eine Versäumnisgebühr in Höhe von 50 Euro in Rechnung zu stellen.

Bitte beachten Sie, bei mehr als 2 nicht wahrgenommenen Terminen, können wir Ihnen leider keinen Termin mehr in unserer Praxis anbieten.

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

Zahnarztpraxis Dr. Michael Pampel

Datum _____ Unterschrift _____

Praxis Dr. M. Pampel, Qualitätsmanagement

erstellt von: Francine Adamek

Version Nr.: 1.07

zuletzt geändert am: 04.11.2024/FA/MP

W:Qualitätsmanagement/Druckvorlagen/Verwaltung/Anamnesebogen.doc
