

Zahnärztliche Praxis
Dr. Vera Seybold-Epting
Dr. Lutz Voigtländer
Bucher Strasse 49 90419 Nürnberg

Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Liebe Patientin, lieber Patient,
bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese). Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____ Strasse/Nr.: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Telefon: _____

0 Gesetzliche Krankenkasse _____ 0 Zusatzversichert
0 Private Krankenkasse _____ 0 Anspruch auf Beihilfe

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

0 Überempfindliche Zähne 0 Zähne knirschen 0 Zahnschmerzen
0 Kiefergelenksschmerzen/Knacken 0 Zahnverfärbungen 0 Mundgeruch
0 Zahnfleischbluten 0 Zahnlockerungen 0 Sonstiges _____

Wechselwirkungen von Medikamenten/akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie ein (z.B. auch Gerinnungshemmende Medikamente, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?

Befinden Sie sich z. Zt. in ärztlicher Behandlung? 0 ja 0 nein

Hausarzt/Facharzt _____

Allergien

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit ?

Besitzen Sie einen Allergiepass? 0 ja 0 nein

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)	0 ja	0 nein	Herzklappenersatz/Herzfehler	0 ja	0 nein
Unregelmäßiger Herzschlag	0 ja	0 nein	Hoher Blutdruck	0 ja	0 nein
Herzasthma /Angina pectoris	0 ja	0 nein	Niedriger Blutdruck	0 ja	0 nein
Herzschrittmacher	0 ja	0 nein	Herzinfarkt	0 ja	0 nein
Herzpass	0 ja	0 nein			
Sonstiges ?					

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/..)	0 ja	0 nein
Tuberkulose	0 ja	0 nein
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?	0 ja	0 nein
Wenn ja, welches Ergebnis? _____		

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung	0 ja	0 nein	Schilddrüsenerkrankung	0 ja	0 nein
Zuckererkrankung	0 ja	0 nein	Sonstiges ? _____		
Bisphosphonat-Therapie	0 ja	0 nein			

Bluterkrankung

Blutungsneigung	0 ja	0 nein	Blutarmut	0 ja	0 nein
Sonstiges ? _____					

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptische Anfälle	0 ja	0 nein	Krämpfe	0 ja	0 nein
Psychosomatische Erkrankungen	0 ja	0 nein	Sonstiges ? _____		

Magen- /Darmerkrankungen

Erkrankungen Magen -und Darmtrakt 0 ja 0 nein

Nierenerkrankungen

Nierenerkrankung 0 ja 0 nein

Tumorerkrankungen

Chemo- / Strahlentherapie 0 ja 0 nein

Schwangerschaft

0 nein 0 ja, welcher Monat:

Drogen

Drogenabhängigkeit	0 ja	0 nein	Alkoholabhängigkeit	0 ja	0 nein
Nikotinabhängigkeit	0 ja	0 nein			

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht)	0 ja	0 nein	Sonstige Ess-Störung ? _____		
--------------------------	------	--------	------------------------------	--	--

Röntgen

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____

Ihr persönliches Anliegen und Ihre individuellen Erwartungen an die bevorstehende Zahnbehandlung

Grund Ihres heutigen Besuches? _____

Worauf legen Sie besonders Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ja nein

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? ja nein
Wenn ja, telefonisch per Karte

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Mundhygieneartikel |
| <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung | <input type="checkbox"/> Kariesbestimmung |
| <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung | <input type="checkbox"/> ganzheitliche Zahnheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Umweltzahnmedizin | <input type="checkbox"/> Testung zahnärztlicher Materialien |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Implantologie |
| <input type="checkbox"/> Schnarcherschienen | <input type="checkbox"/> Sportlerschienen |
| <input type="checkbox"/> Zahnästhetik | <input type="checkbox"/> Bleaching (Zahnaufhellung) |
| <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungsregulierung | |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle

Kennen Sie unsere Homepage unter www.noris-zahn.de? ja nein

Bitte beachten!

Örtliche Betäubung hat zur Folge, dass sie 1 Stunde nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind.
Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Und.. um die Wartezeit in unserer Praxis für Sie möglichst kurz zu halten, bemühen wir uns sehr, Ihre Behandlungstermine und die Dauer der Behandlung dementsprechend zu planen.
Gleichzeitig müssen wir uns natürlich darauf verlassen können, dass sie Ihre Termine zuverlässig und pünktlich wahrnehmen.

Sollten Sie zu einem Termin einmal nicht kommen können, so sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab, damit wir diese Zeit einem anderen Patienten anbieten können. Sollten Sie Termine unentschuldig versäumen, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass es uns gesetzlich erlaubt ist, ihnen unseren Honorarausfall in Rechnung zu stellen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe.

Datum _____

Unterschrift _____