

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: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse \_\_\_\_\_  Zusatzversichert  
 Private Krankenkasse \_\_\_\_\_  Anspruch auf Beihilfe

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist der Versicherte?**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?**

Überempfindliche Zähne                       Zähne knirschen                       Zahnschmerzen  
 Kiefergelenksschmerzen/Knacken       Zahnverfärbungen                       Mundgeruch  
 Zahnfleischbluten                               Zahnlockerungen                       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?       ja       nein

Hausarzt/Facharzt \_\_\_\_\_

**Allergien**

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

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?       ja       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](http://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 \_\_\_\_\_