

- Dr. F-E. Preusse, Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie nach BDIZ
- Dr. D. Heidle, Tätigkeitsschwerpunkte: Endodontie sowie adhäsive und ästhetische Zahnmedizin
- Pieter Verbeek, Zahnarzt
- Dr. R. Abdelghani, Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie
- Dr. Ch. von Schroeter, a.Z. Tätigkeitsschwerpunkt Endodontologie nach DGZ
- Dr. S. Sälzer, a.Z. Fachzahnärztin für Parodontologie

Wasserkrüger Weg 1 • 23879 Mölln • T. 045 42 / 26 67 • F. 045 42 / 26 11 • mail@dr-preusse.de • www.dr-preusse.de

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. *Ihre Praxis Dr. Preusse & Partner*

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versichert durch

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Telefon privat / tagsüber _____

Postleitzahl _____ Ort _____ E-Mail Adresse _____

**gesetzliche
Krankenkasse**

ggf. Zahnzusatzversicherung

**private
Versicherung**

Beihilfe

Normaltarif

Grundtarif 2,0

Beruf

Ihr Hausarzt

Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Dies gibt uns die Möglichkeit, diese Termine anderweitig zu besetzen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht rechtzeitig abgesagte Termine ggf. in Rechnung stellen.

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

Ja

Nein

Wünschen Sie Informationen zu den Themen:

• Alternativen zu Amalgamfüllungen

Ja

Nein

• Verbesserung von Zahnform und -farbe
wenn ja, z.B. durch Keramikverblendschalen (Veneers)

Ja

Nein

• Aufhellung der Zähne (Bleaching und Airflow)

Ja

Nein

• Wünschen Sie Zahnersatz?

Ja

Nein

• Wünschen Sie Implantate?

Ja

Nein



Ihr Hauptanliegen: _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns? _____

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____ abgeschlossen? Ja Nein
 Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen? Ja Nein Blutet Ihr Zahnfleisch? Ja Nein
 Sind Zähne gelockert? Ja Nein Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Ja Nein
 Schnarchen Sie? Ja Nein

Hatten oder haben Sie Erkrankungen folgender Art?

Herz-Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	der Leber (z.B. Gelbsucht/Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	der Niere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	MRSA (resistenter Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Creutzfeldt-Jakob (CJK)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Humane Immundefizienz-Virus (HIV)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Welche Allergien haben Sie? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Erfolgten im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Mund- oder Kieferbereich? Ja Nein
 Ziehen Sie eine Behandlung unter örtlicher Betäubung vor? Ja Nein

In seltenen Fällen kann es durch die Betäubung zu Nervenschädigungen kommen, die zu Gefühlsbeeinträchtigungen führen können. Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen. Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

Anregungen und Wünsche: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mölln, den _____ Unterschrift _____

