

# Serhat Özfidan Zahnarzt

Kaarster Straße 51-53, 41564 Kaarst  
Tel.: 02131 – 644 13  
Fax.: 02131 – 88 66 38  
[www.zahnarzt-kaarst.de](http://www.zahnarzt-kaarst.de)  
[kontakt@zahnarzt-kaarst.de](mailto:kontakt@zahnarzt-kaarst.de)

## Patienteninformation

### Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 wie alle persönlichen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Datenschutzbestimmungen.

Hauptversicherter / Zahlungspflichtiger	Familienangehöriger
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Straße:	Straße:
PLZ / Wohnort:	PLZ / Wohnort:
Telefon / Mobil:	Telefon:
Beruf / Arbeitgeber:	Beruf:
Arbeitgeber-Tel.Nr.:	
Krankenkasse:	

Sie sind auf unsere Praxis aufmerksam geworden, durch \_\_\_\_\_

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind!

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine, auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ), in Rechnung zu stellen! Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

#### Ich wünsche, wenn es medizinisch sinnvoll ist:

- Eine professionelle Zahnreinigung
- Schonende Behandlung mit Laser
- Amalgamsanierung
- Keramikfüllungen (Cerec-3D)
- Ein intensives Prophylaxeprogramm
- Schonendes Bleichen der Zähne mit Laser

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans  Ja  Nein  
Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Zt. vorhandenen Beschwerden  Ja  Nein

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen und eine regelmäßige Zahn- und Prothesenreinigung sind nicht nur für Ihre Zahngesundheit sinnvoll, sondern sichern Ihnen auch die Bonusregelung der gesetzlichen Krankenkasse. Aus diesem Grund haben wir ein Wiederbestellservice/Recall für Vorsorgeuntersuchungen aufgebaut, um Sie in entsprechenden Zeitintervallen an den nächsten Termin erinnern zu können.

Wir informieren Sie gerne ausführlich. Möchten Sie daran teilnehmen?  Ja  Nein

# Anamnesebogen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer ersten Behandlung mit und geben Sie ihn bei der Anmeldung ab. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

- **Ihr Hausarzt:** \_\_\_\_\_  
Name Adresse Tel.
- Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher oder naturheilkundlicher Behandlung?  
 **Nein** Wenn **ja**, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

## Ärztliche Anamnese: (zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

### Ja Nein

- Erkrankung des Herzens?
- Angeborene oder erworbene Herzfehler?
- Herzklappenfehler mit Endokarditisrisiko?
- Herzoperationen?
- Herzinfarkt / Schlaganfall / Herzschrittmacher?
- Hypertonie (erhöhter Blutdruck) ?
- Hypotonie (zu niedriger Blutdruck) ?
- Bluterkrankung (Anämie, Leukämie,...)
- Blutgerinnungsstörung (Hämophilie) ?
- Allergien ( gegen Metalle, Penicillin, Latex,...)  
Welche? / Allergiepaß ? \_\_\_\_\_
- Ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tbc,...) Welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
(ASS, Marcumar,...) Welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie öfter Drogen, Medikamente oder Alkohol zu sich?

### Ja Nein

- Depression ?
- Schilddrüsenerkrankung ?
- Lebererkrankung ?
- Magen-/ Darm-/ Nierenrerkrankung ?
- Migräne ?
- Rheuma ?
- Osteoporose ?
- Diabetes ?
- Asthma / Chronische Bronchitis ?
- Epilepsie ?
- Leiden oder litten Sie an einer  
Krebserkrankung?
- Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?  
(Am Kopfbereich) \_\_\_\_\_
- Bei Patientinnen: Sind Sie schwanger?  
Wenn ja, wievielte Woche? \_\_\_\_\_

- Sonstige Angaben oder Krankheiten? Welche? \_\_\_\_\_

## Zahnärztliche Anamnese: (zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Grund Ihres Zahnarztbesuches (Hauptanliegen)?.....

Traten bei zahnärztlichen Behandlungen bisher Probleme auf?

Wenn ja, welche.....

Leiden Sie an:

### Ja Nein

- Zahnschmerzen?
- Zahnfleischbluten?
- Zahnfleischrückgang?
- Empfindliche Zahnhälse?
- Lockere Zähne?
- Zahnverlust durch Zahnlockerung?
- Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz?  
Im Oberkiefer seit.....Jahren  
Im Unterkiefer seit.....Jahren
- Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?  
Im Oberkiefer seit.....Jahren  
Im Unterkiefer seit.....Jahren

### Ja Nein

- Kieferhöhlenerkrankung?
- Kiefergelenkbeschwerden?
- Chronische Kopfschmerzen?
- Zähneknirschen?
- Zungenbrennen?
- Rauchen Sie (Tabakkonsum)? Wieviel? \_\_\_\_\_
- Mundgeruch?
- Aphthen / Herpes?
- Haben Sie Angst vor zahnärztlicher  
Behandlung?
- Wünschen Sie immer eine lokale Betäubung?

## Hinweis:

Medikamente, Betäubungsmittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit und Konzentration bei Straßenverkehr negativ beeinträchtigen! Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen!

Kaarst, den.....Unterschrift.....

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und Ihre Angaben. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.