

**Praxis für Zahnheilkunde**  
**A. Beckmann & Dr. C. Krück**



Balzerstraße 38  
12683 Berlin  
Tel. 030/54376800  
Fax 030/54376802

[info@berliner-zahngesundheit.de](mailto:info@berliner-zahngesundheit.de)

## **Anmeldung und Fragen zur Gesundheit**

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### **Persönliche Angaben**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

### **Anschrift**

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### **Bei Minderjährigen, bitte Angaben zum Zahlungspflichtigen (Eltern)**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### **Ihre Krankenkasse / Versicherung**

#### **Gesetzlich**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung / Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Privat**

vollversichert ja / nein

Beihilfe / Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

PKV-Standardtarif ja / nein

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

- Internet
- Empfehlung
- Informationsabend
- sonstige

***Wichtige Hinweise:***

**Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!**

Wir bieten Ihnen zur Erinnerung an Ihre Zahnarzttermine einen kostenfreien SMS-Service an wenn Sie uns Ihre Mobilfunknummer mitteilen.

Da wir die Zustellung Ihrer SMS aus technischen Gegebenheiten nicht garantieren können, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Ihr vereinbarter Termin auch ohne diese SMS verbindlich ist.

**Bitte beachten Sie, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine Ausfallzeiten und somit Kosten verursachen, die wir Ihnen in Rechnung stellen müssen. Um diese Unannehmlichkeiten zu vermeiden, bitten wir Sie daher, Ihre Termine **mindestens 24 Stunden vorher** abzusagen.**

Möchten Sie unseren Erinnerungsservice für Vorsorgetermine und Prophylaxe in Anspruch nehmen?

- Ja
- Nein

**Ihr Behandlungswunsch**

<input type="checkbox"/> Ich möchte die Behandlung wie meine Krankenkasse es vorsieht, ohne Zuzahlungen.	<input type="checkbox"/> Ich möchte bei der Behandlung auch über hochwertigere Methoden und Materialien informiert werden und jeweils entscheiden ob ich diese in Anspruch nehmen möchte. (selbstverständlich nach Kostenabsprache)
--	---

**Fragen zu Ihrer Gesundheit**

Bei zutreffendem Themengebiet, spezifizieren Sie bitte Ihre Angaben. Bitte das Zutreffende unterstreichen.

Herz / Kreislauf: ja / nein	Gefäße: ja / nein	Atemwege / Lunge: ja nein
Herzfehler ja / nein	Schlaganfall ja / nein	Asthma ja / nein
Angina pectoris ja / nein	Durchblutungsstörung ja / nein	Lungenentzündung ja / nein
Herzinfarkt ja / nein	Krampfadern ja / nein	Tuberkulose ja / nein
Herzmuskelentzündung ja / nein	Thrombosen ja / nein	Chron. Bronchitis ja / nein
Herzklappenentzündung ja / nein	Sonstiges:	Lungenblähung ja / nein
Künstliche Herzklappe ja / nein		Schlafapnoe ja / nein
Hoher Blutdruck ja / nein		Schnarchen Sie? ja / nein
Niedriger Blutdruck ja / nein		Sonstiges:

<b>Leber: ja / nein</b>	<b>Nieren: ja / nein</b>	<b>Magen / Darm: ja / nein</b>
Gelbsucht ja / nein	Dialysepflichtigkeit ja / nein	Geschwür ja / nein
Leberverhärtung ja / nein	Nierenentzündung ja / nein	Engstelle ja / nein
Fettleber ja / nein	Nierensteine ja / nein	Verdauungsstörungen ja / nein
Gallensteine ja / nein	Sonstiges:	Sodbrennen ja / nein
Hepatitis: ja / nein		Refluxkrankheit ja / nein
Sonstiges:		Sonstiges:
<b>Stoffwechselkrankheiten: ja / nein</b>	<b>Skelettsystem: ja / nein</b>	<b>Nerven / Gemüt: ja / nein</b>
Diabetes Typ I ja / nein	Gelenkerkrankungen ja / nein	Krampfanfälle (Epilepsie) ja / nein
Diabetes Typ II ja / nein	Rückenbeschwerden ja / nein	Creutzfeld-Jakob-Krankheit: ja / nein
Schilddrüsenunterfunktion ja / nein	Bandscheibenbeschwerden ja / nein	Depressionen ja / nein
Schilddrüsenüberfunktion ja / nein	Muskelschwäche ja / nein	Angstzustände ja / nein
Kropf ja / nein	Fibromyalgie ja / nein	Waren / sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung: ja / nein
Sonstiges:	Sonstiges:	Leiden Sie an Kopfschmerzen? Ja / nein
<b>Augen: ja / nein</b>	<b>Blut: ja /nein</b>	<b>Immunschwäche: ja /nein</b>
Grüner Star (Glaukom) ja / nein	Gerinnungsstörungen ja /nein	Einnahme von Cortison ja /nein
Grauer Star (Katarakt) ja / nein	- bei sich selbst	Organtransplantation ja /nein
starke Einschränkung der Sehkraft ja /nein	- bei Blutsverwandten ja /nein	HIV-positiv / AIDS ja /nein
Blindheit ja /nein	häufiges Nasenbluten ja /nein	MRSA (Krankenhauskeim): ja / nein
<b>Allergien: ja /nein</b>	<b>Knochen: ja /nein</b>	<b>Genussmittel: ja /nein</b>
Heuschnupfen ja / nein	Wurden bzw. werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? Ja / nein	Rauchen Sie? ja /nein
Fruchtzucker ja /nein	Wegen welcher Erkrankung?	Wieviel durchschnittlich?
Medikamente ja /nein <input type="checkbox"/> Antibiotika Welche? _____ <input type="checkbox"/> Schmerzmittel	Wann?	Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?
Jod ja /nein	Mit welchem Präparat?	Wieviel durchschnittlich?
<b>Gerinnungshemmende Medikamente ja /nein</b>	<b>Regelmäßige Medikamente: ja /nein</b>	
kürzlich / dauerhaft	Blutdruckmedikamente ja /nein	
Aspirin®	Herzmedikamente	
ASS®	Schmerzmittel	
Marcumar®	„Antibabypille“	
Ticlopidin®	Psychopharmaka	
	Antidiabetika	

Besitzen Sie ein Herzpass? Ja / nein

**Röntgen:** Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Ja /nein

Wenn ja, Wann? \_\_\_\_\_

Welche Region? \_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen oder Behinderungen?** ja /nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

***Für unsere Patientinnen:***

Sind Sie schwanger? ja /nein

Schwangerschaftswoche?: \_\_\_\_\_

**Mein Hausarzt**

Name:

Straße:

Ort:

Telefon:

**Weitere aktuelle Behandlungen**

Grund / Art der Behandlung /Welcher Facharzt?

---

---

---

**Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein (abgesehen von den oben erwähnten)?**

---

---

---

**Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie**

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass bei einer Betäubung im Unterkiefer eine dauerhafte Nervschädigung auftreten kann (Risiko 1:750000 bis 1:500). Als Alternative kann in einigen Fällen eine intraligamentäre Betäubung in Frage kommen.

**Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie**

Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet

Ich möchte **nie** mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte **immer** mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Berlin, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient