

DIE ZAHNÄRZTE IN DER CALWERSTRASSE

DR. MED. DENT. ALF-HENRY [^]MAGNUSSON
PRAXIS FÜR RESTAURATIVE ZAHNHEILKUNDE
ENDODONTIE PROPHYLAXE

Anmeldeformular

Angaben zu Ihrer Person:

Titel/Name/Vorname: _____ / _____ / _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ / _____ Telefon gesch.: _____ / _____

Mobiltelefon: _____ / _____

Fax: _____ / _____

e-mail Adresse: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Versicherungsverhältnis:

privat versichert bei: _____ gesetzl. versichert bei: _____

evtl. abweichende Rechnungsadresse:

Empfänger: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Die Praxis wurde mir empfohlen von? _____

Ich komme durch Zufall, Telefonbuch, Internet, etc.: _____

Meine hauptsächlichen Anliegen sind.: _____

Fragen zu früheren zahnärztlichen Behandlungen und zum Zustand Ihrer Zähne

Ich war zuletzt _____ beim Zahnarzt

Leiden Sie momentan unter Schmerzen an Zähnen oder Zahnfleisch? Seit wann? _____

Bemerken Sie manchmal oder gar regelmäßig Zahnfleischbluten (z.B. nach Zähneputzen)?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Geschmack?

Wurden Sie schon einmal wegen Parodontose/Parodontitis behandelt? wann: _____

Wieviele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____

Wurden Sie bisher bereits regelmäßig durch eine Dentalhygienikerin betreut? Intervall: _____

Fühlen Sie sich manchmal eingeschränkt in den Bewegungen Ihres Kiefers?

Knackt manchmal Ihr Kiefergelenk? Tut es dann weh?

Leiden Sie häufiger unter Verspannungen im Kopf/Hals/Nackenbereich?

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? hat das eine konkrete Ursache? _____

Wann wurde Ihnen zum letzten Mal ein Zahn gezogen? _____ Warum? _____

Wann erhielten Sie Ihre letzte Füllung wegen einer Karies? _____

Wieviele Füllungen und Kronen haben Sie im Mund (schätzungsweise) ? _____

Wie kommen Sie mit Ihrem Zahnersatz zurecht?

Gibt es in Ihrem Gebiss Stellen, an denen sich ständig Speisereste sammeln?

Was stört Sie am Meisten an Ihren Zähnen ? _____

Was gefällt Ihnen am Besten an Ihren Zähnen ? _____

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz ?

Würden Sie gerne wieder festsitzenden Zahnersatz bekommen ?

Würden Sie bei entsprechendem Zahnverlust herausnehmbaren Zahnersatz akzeptieren ?

Weisen Sie bitte den folgenden Begriffen Ihrer persönlichen Gewichtung von wichtig nach weniger wichtig zu:

Qualität (Langlebigkeit) von Zahnersatz

Funktion von Zahnersatz

Ästhetik

Substanzerhalt

Behandlungsdauer

Angaben zu Ihrer allgemeinen Gesundheit

Als Ihr Zahnarzt injiziere und verschreibe ich Medikamente, die mit Ihren, eventuell vom Hausarzt verordneten Medikamenten unverträglich sind oder deren Wirkung beeinflussen können. Es gibt auch Medikamente, die die Blutgerinnung herabsetzen. Ohne Ihre genauen Angaben kann ich Sie nicht mit aller gebotenen Sicherheit behandeln.

Name, Anschrift und Telefonnummer Ihres behandelnden Hausarztes:

Nehmen Sie fortlaufend Medikamente, wenn ja welche? (bitte bringen Sie uns bei einem der nächsten Besuche am besten Kopien der Beipackzettel mit!)

Allergie, Allergiepaß
gegen: _____

Nehmen Sie Biphosphontate gegen Osteoporose? seit : _____

Medikamentenüberempfindlichkeit
Präparat: _____

Blutgerinnungsstörung, Hämophilie
Marcumar, Heparin, Aspirin regelmäßig ? INR Wert: _____

Kopfschmerzen, Migräne, Verspannungen im Bereich HWS

Anfallsleiden, Epilepsie

Herz,-Kreislaufkrankung _____

Wie hoch war Ihr Blutdruck bei der letzten Messung: _____

Diabetes (Blutzuckerkrankheit)

bakterielle Endokarditis

rheumatisches Fieber

Tumorerkrankung _____

Grauer oder Grüner Star

Herpes (Lippenbläschen)

Infektionskrankheiten (Hepatitis, erworbene Immunschwäche (AIDS, HIV,
Creutzfeldt-Jacob-Erkrankung, Tuberculose, etc.) _____

Magen-, Darm-, Nierenerkrankung _____

Schilddrüsenerkrankung _____

sonstige Erkrankungen: _____

bei Frauen: Schwangerschaft/Monat: _____ stillen Sie noch? _____

Allgemeine Hinweise zur Praxis und Organisatorisches

Rechenzentrum



In der Praxis erhalten Sie noch eine Abtretungserklärung an das **DZR Deutsche Rechenzentrum für Zahnärzte**. Bitte unterschreiben Sie diese Erklärung. Die Abtretungserklärung kann Ihrerseits jederzeit widerrufen werden. Hiermit erleichtern Sie uns die Buchhaltung und Liquidationsverwaltung. Zudem bietet das DZR verschiedene bequeme Zahlungswege an, die für Sie die Begleichung einer Liquidation vereinfachen können.

Terminverwaltung / Behandlung



Wir werden Sie einen Tag vor **jedem Termin** in unserer Praxis mit einer telefonischen Nachricht oder per SMS erinnern. Wir führen eine moderne Bestellpraxis und sind bemüht, Ihnen möglichst keine oder nur kurze Wartezeiten zu garantieren. Dies bedeutet aber, dass Sie sich unbedingt an die vereinbarten Termine halten müssen, da sonst bei uns Leerlauf anfällt. Wenn Sie einen Termin absagen müssen, so tun Sie dies bitte möglichst 3 Tage im Voraus. Bei überraschendem Fernbleiben, müssen wir im Wiederholungsfall den entstandenen Ausfall berechnen.

Recall



Ich möchte per _____ an den Ablauf meines individuellen Prophylaxe Intervalles erinnert werden.

Anästhesie und Schmerzausschaltung



Sollten Sie während der Behandlung bei uns zur Schmerzausschaltung eine Injektion erhalten, ist Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt. Wir bitten Sie, dies zu beachten. Auf Wunsch und bei gravierenden Eingriffen, besteht die Möglichkeit unter Beiziehung eines Anästhesisten eine Behandlung in **Sedierung** (Dämmerschlaf) durchzuführen.

Photographien



Im Verlauf Ihrer Untersuchung und Behandlung werden aus unterschiedlichen Gründen Photos von Ihnen oder Ihren Zähnen und Kiefer gemacht. Dies dient Ihrer Aufklärung und Beratung, welche anhand vom Photos besser erläutert werden kann. Zudem dienen diese Photos der Verlaufskontrolle Ihrer Behandlung.

Ausgesuchte Fälle finden darüber hinaus Eingang in wissenschaftliche Untersuchungen und Artikeln in zahnmedizinischen Fachzeitschriften oder wissenschaftlichen Vorträgen. In keinem dieser genannten Fälle, wird hierauf Ihr Gesicht zu sehen sein, oder sind aufgrund der Darstellung Rückschlüsse auf Ihre Person möglich. Gerne erhalten Sie von uns auch digitale Kopien Ihrer Bilder.

Ich habe dies zur Kenntnis genommen und bin hiermit einverstanden. Ich kann jederzeit dieses Einverständnis zurücknehmen.

Stuttgart, den

Datum

Unterschrift