Neuaufnahme

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Der Fragebogen bleibt bei Ihren Akten und fällt unter die ärztliche Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können sie gerne nachfragen.

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift _____ Tel. _____

Geburtsort _____ Kasse _____

E-MAIL ADRESSE _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

	ja	nein
1. Allergien (welche) _____	O	O
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	O	O
3. Atemwegserkrankungen (welche) _____	O	O
4. Blutgerinnungsstörungen	O	O
5. Diabetes (welcher Typ) _____	O	O
6. Gallenleiden	O	O
7. Glaukom (erhöhter Augendruck)	O	O
8. Hauterkrankungen		
9. Hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen blutbildener Organe)	O	O
10. Herz-Kreislauf-Erkrankungen	O	O
10.1. Herzinsuffizienz	O	O
10.2. Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris	O	O
10.3. Herzinfarkt	O	O
10.4. Herzrhythmusstörungen	O	O
10.5. Herzschrittmacher	O	O
10.6. Herzklappenfehler/ -ersatz	O	O
10.7. Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	O	O
10.8. Hypotonie (niedriger Blutdruck)	O	O
10.9. Mangeldurchblutung des ZNS/ Apoplex (Schlaganfall)	O	O
11. Infektionskrankheiten	O	O
11.1. Hepatitis (welche) _____	O	O
11.2. Immunmangelsyndrom (AIDS)	O	O
12. Lebererkrankungen	O	O
13. Magen-Darm-Erkrankungen	O	O
14. Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	O	O
15. Nervenleiden	O	O
16. Nierenerkrankungen	O	O
16.1. Chronische Niereninsuffizienz	O	O
16.2. Dialyse	O	O
17. Osteoporose	O	O
18. Rheumatoide Arthritis	O	O

	ja	nein
19. Schilddrüsenerkrankungen	O	O
20. Tuberkulose	O	O
21. Tumorerkrankungen (welche) _____	O	O
22. Frühere Operationen? (welche) _____	O	O
23. Früherer Unfall mit Schädelbeteiligung?	O	O
23. Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele? _____	O	O
24. Wann sind Sie das letzte Mal beim Zahnarzt geröntgt worden? _____	O	O
25. Besteht eine Schwangerschaft? _____	O	O
26. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ? _____ _____ _____ _____	O	O
27. Sonstige Krankheiten ? _____	O	O

Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?
Allgemeinarzt/ Internist/ Facharzt für
_____

Name des Arztes:
_____

Adresse des Arztes:
_____

Tel.-Nr. des Arztes:
_____

	ja	nein
28. Haben Sie eine der folgenden Veränderungen in Ihrer Mundhöhle beobachtet?		
28.1. Zahnfleischschwund?	O	O
28.2. Zahnfleischbluten?	O	O
28.3. Zahnfleischschmerzen?	O	O
28.4. Zahnlockerung?	O	O
28.5. Mundgeruch?	O	O
28.6.Zahnbeläge?	O	O
28.7. Sonstiges _____	O	O
29. Wurde bei Ihnen bereits eine Zahn-OP gemacht? (welche) _____	O	O
30. Wurde bereits eine kieferorthopädische Regulierung durchgeführt?	O	O
31. Tragen Sie Zahnersatz? Festsitzenden Ersatz seit _____ Herausnehmbaren Ersatz seit _____	O	O
32. Haben Sie bestimmte Angewohnheiten wie z.B. Zähneknirschen, Zungen-, Wangen- oder Lippenpressen?	O	O
33. Haben Sie Beschwerden beim Kauen?	O	O
34. Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung?	O	O
35. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?	O	O
36. Haben Sie Schmerzen im, vor oder hinter dem Ohr?	O	O
37. Leiden Sie an Verkrampfungen im Nacken- oder Halsbereich?	O	O
38. Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen?	O	O
39. Waren Sie in den letzten 12 Monaten zur zahnärztlichen Behandlung? Wenn ja, weswegen? Schmerz O Routine O Sonstiges O	O	O

Wir sind bemüht, Ihre Behandlung in Ruhe, ohne Zeitdruck, zu einem festen Termin und innerhalb eines bestimmten Zeitraumes durchzuführen. Sie werden deshalb gebeten, die Bestellzeit genau einzuhalten.
Für den Fall, dass Sie verhindert sein sollten, sagen Sie Ihren Termin bitte rechtzeitig ab, da wir ansonsten bei Terminen ab 30 Minuten Dauer eine Verweilgebühr von EUR 60,-- berechnen müssen.

Ihr Praxisteam Dr. Brocker

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlungsdurchführung durch die Praxis zu.
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DSGVO).
Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs.3 Satz 2 DSGVO).

Weiterhin bestätige ich, dass ich mich durch Aushang in der Praxis, auf der Praxishomepage www.dr-brocker.de oder durch Aushändigung über den Inhalt des Datenschutzinformationsblattes gemäß Art.13 DSGVO informieren konnte.

Datum _____ Unterschrift _____

DR. MED.DENT. WERNER BROCKER

ZAHNARZT

WOLLENWEBERSTR. 18
52249 ESCHWEILER
TEL: 02403/1617 FAX: 1618

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihnen einen kostenlosen Service anbieten: Unser

RECALLSYSTEM,

das sie an regelmäßig wiederkehrende Untersuchungstermine in unserer Praxis erinnern soll.

Dabei werden Sie von uns schriftlich benachrichtigt, wenn z.B. der halbjährliche Kontrolltermin ansteht oder wenn zum Jahresende Ihr Bonusheft für das Jahr noch keinen Eintrag hat.

Wird bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt oder befinden Sie oder Ihre Kinder sich in unserem Prophylaxeprogramm, so sind regelmäßige, mit Ihnen abgesprochene Kontrolltermine für den langfristigen Erfolg der Behandlung besonders wichtig.

Wenn Sie unseren Service in Anspruch nehmen möchten, bitten wir Sie, Ihr Einverständnis durch eine Unterschrift zu bestätigen.

Mit freundlichem Gruß

Ihr Praxisteam

Eschweiler, den……..

……..
(Unterschrift)