

Herzlich willkommen bei dental.h!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, möchten wir uns sorgfältig auf das Gespräch mit Ihnen vorbereiten. Dazu benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und ein paar Hintergrundinformationen zu Ihrer Gesundheit. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient			
Vorname		Name	
Geburtsdatum	Geburtsort		
Versicherungsverhältnis			
<input type="checkbox"/> selbst versichert		<input type="checkbox"/> mitversichert bei:	
Vorname		Name	Geburtsdatum
Kontaktdaten des Versicherten			
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Telefon	Mobiltelefon	E-Mail	
Gegebenenfalls abweichende Kontaktdaten			
<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter		<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer	
		<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger	
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Telefon	Mobiltelefon	E-Mail	
Wünschen Sie Terminerinnerungen per SMS?		Möchten Sie an Kontrolluntersuchungen erinnert werden?	
ja <input type="checkbox"/>		alle <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 Monate per <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> E-Mail	
nein, danke <input type="checkbox"/>			
Sind Sie berufstätig? Falls ja, bitte ausfüllen:			
Beruf		Arbeitgeber	
Anschrift		Telefon	
Krankenkasse / Versicherung			
Ihre Krankenkasse		Ihre Mitgliedsnummer	
Gesetzliche Versicherung		Private Versicherung	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert		<input type="checkbox"/> vollversichert	
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert		<input type="checkbox"/> Beihilfe	
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung		<input type="checkbox"/> Standardtarif / Basistarif (z. B. Studenten)	
Wie wurden Sie auf dental.h aufmerksam?			
<input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung durch:		<input type="checkbox"/> Überweisung von:	
<input type="checkbox"/> Annonce		<input type="checkbox"/> Website	
<input type="checkbox"/> Soziale Medien		<input type="checkbox"/> Telefonbuch	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
Bemerkungen:			

Was ist der Grund Ihres Besuchs?	Gibt es etwas, womit Sie unzufrieden sind?
<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> Zahnfarbe
<input type="checkbox"/> Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Zahnstellung / eng stehende Zähne
<input type="checkbox"/> akute Schmerzen	<input type="checkbox"/> Zahnwanderungen
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Ästhetik allgemein
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> alter Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> alte Krone(n)
	<input type="checkbox"/> alte Füllung(en)
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Worüber dürfen wir Sie unverbindlich beraten?	Denken Sie über ästhetische Maßnahmen im Bereich Ihres Gesichts nach? Wenn ja, über welche?
<input type="checkbox"/> neue prothetische Versorgung	<input type="checkbox"/> Faltenbehandlung („Botox“)
<input type="checkbox"/> Implantate	<input type="checkbox"/> Volumenkorrektur (z. B. Hyaluronsäure)
<input type="checkbox"/> Ersatz einer Prothese durch festen Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Ästhetische Chirurgie (z. B. Lidplastik, Facelift)
<input type="checkbox"/> Korrektur von Zahnfehlstellungen	<input type="checkbox"/> Kosmetische Hautbehandlung
<input type="checkbox"/> Ersatz von Amalgam-Füllungen, Austausch von Füllungen	<input type="checkbox"/> Anti-Aging
<input type="checkbox"/> Parodontose-/Parodontitis-Behandlung per Laser	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Unter welchen dieser Beschwerden leiden Sie?	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	
<input type="checkbox"/> Nackenverspannungen	
<input type="checkbox"/> Kieferschmerzen	
<input type="checkbox"/> knackende Kiefergelenke	
<input type="checkbox"/> Zähneknirschen	
<input type="checkbox"/> Schnarchen	
<input type="checkbox"/> Schlafapnoe	
Auf welche weiteren Fragen oder Wünsche sollen wir uns gezielt vorbereiten?	

Ich habe Wünsche,
die in kein Schema
passen.

„Gerade dann
sind Sie bei uns
richtig.“

Die Gesundheit, Funktion und Schönheit von Zähnen ist sehr individuell. Deshalb ist uns Ihre persönliche Beratung so wichtig.

Und weil wir unter dem Dach von dental.h verschiedene Kompetenzen und Richtungen vereinen, findet sich für Ihr Anliegen gewiss ein Behandlungskonzept, das Sie rundum zufrieden macht.

„ Sie wollen aber
viel wissen ...
ist das nötig?

„ Ja. Denn ohne ein Gesamtbild
können wir Sie nicht verant-
wortungsvoll und bestmöglich
behandeln.“

Gerade wenn es um Zähne geht, müssen wir über Ihren Gesundheitszustand im Bilde sein. Einerseits stimmen wir unsere Behandlung darauf ab, andererseits erkennen wir Zusammenhänge, die ohne Ihre Angaben möglicherweise verborgen bleiben.

Denn viele Beschwerden haben ihre Ursache in einer gestörten Funktion des Kauorgans. Kopfschmerzen, Muskelverspannungen oder Kiefergelenksprobleme sind Beispiele dafür. Eine gründliche zahnärztliche Untersuchung beinhaltet, dass wir diesen Beschwerden auf den Grund gehen.

Wir bitten Sie daher, die folgenden Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten. Zusätzliche Angaben können Sie gerne handschriftlich eintragen. **Bitte beantworten Sie die Fragen objektiv mit „Ja“ oder „Nein“.** Sollten Sie darüber hinaus eigene Vermutungen haben, so teilen Sie uns diese bitte im persönlichen Gespräch mit.

Herz und Kreislauf	
Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angina pectoris	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	
Gefäße	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krampfaderen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Thrombosen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	
Atemwege und Lunge	
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lungenblähung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Leber	
Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebervhärtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fettleber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gallensteine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Sonstiges:	
Nieren	
Dialysepflichtigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierensteine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	
Magen und Darm	
Geschwür	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Engstelle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sodbrennen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Refluxkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	
Stoffwechsel und Zuckerkrankheiten	
Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kropf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Skelettsystem	
Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bandscheibenbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	
Nerven und Gemüt	
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Depressionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angstzustände	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	
Augen	
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
starke Einschränkung der Sehkraft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blindheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Blut	
Gerinnungsstörungen bei sich selbst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
bei Blutsverwandten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
häufiges Nasenbluten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
blaue Flecken schon nach leichten Berührungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachbluten im Anschluss an Operationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Immunschwäche	
Einnahme von Cortison	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Organtransplantation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HIV-positiv / AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Allergien	
Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
Jod	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflaster	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Latex (z. B. Luftballons o.ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Knochen	
Wurden oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wegen welcher Erkrankung?	
Wann?	
Mit welchem Präparat?	

Haben Sie andere Krankheiten oder Einschränkungen?	
Wenn ja, welche?	

Nikotin und Alkohol	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie viel durchschnittlich?	
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie viel durchschnittlich?	

Schwangerschaft	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaftswoche:	

Röntgen	
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gerinnungshemmende Medikamente	
Aspirin / ASS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Marcumar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ticlopidin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Clopidogrel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
„Antibabypille“	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Antidiabetika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Welche Medikamente nehmen Sie darüber hinaus aktuell ein?	

Drogen	
Nehmen Sie Drogen oder Drogensatzstoffe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	

Hausarzt			
Name		Straße	Nr.
PLZ	Ort	Telefon	E-Mail

Aktuell laufende Behandlungen	
Grund oder Art	bei <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt, Name und Ort:
Grund oder Art	bei <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt, Name und Ort:

Ganz wichtig

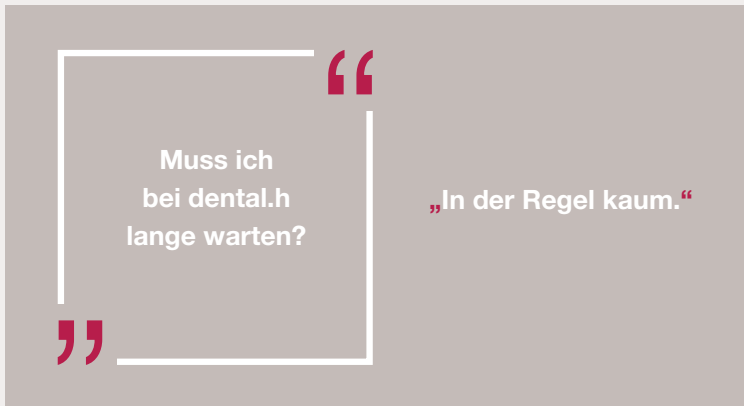
Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

“

Bei einigen Fragen bin ich mir nicht ganz sicher. Was jetzt?

”

„Wir helfen Ihnen gerne!“



Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Damit dieses System funktioniert, müssen wir allerdings so früh wie möglich Bescheid wissen, falls ein Patient einen Termin nicht wahrnehmen kann.

Deshalb bitten wir auch Sie, einen vereinbarten Termin im Falle eines Falles mindestens 24 Stunden vorher abzusagen – oder 48 Stunden vorher, wenn für die Behandlung zwei Stunden oder mehr angesetzt sind. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine nach geplantem Zeit- und Behandlungsaufwand in Rechnung stellen.

Ihre Fairness ist also Ihr Vorteil.

Eines noch: Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Terminverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

Danke für Ihre Unterstützung!

Ich bestätige hiermit, dass die Daten zur Person richtig sind und die Angaben zu meinem Gesundheitszustand (bzw. des von mir vertretenen Patienten) nach besten Wissen erfolgten. Wenn sich am dargestellten Gesundheitszustand etwas ändert, teile ich das vor der jeweils nächsten Behandlung unaufgefordert mit.

Datum

Unterschrift

Ist der Patient unter 18?

Wir benötigen die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten, falls der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Davon ausgenommen sind akute Schmerzbehandlungen.

Datum

Unterschrift