

Motzstr. 22 · 10777 Berlin-Schöneberg
Telefon: 030-214 20 78
Telefax: 030-214 79 401
eMail: praxis@zahnarzt-albrecht.de
www.zahnarzt-albrecht.de

Aus Wissen und Erfahrung entsteht Können.
Ästhetik · Zahnerhaltung · Prophylaxe
Master of Science in Oral Implantology



PETER ALBRECHT
Praxis für Zahnheilkunde
und Implantologie

Fragen zu Ihrer Person

damit wir uns ganz auf Sie einstellen können

Patient/in:

Anschrift:	Name	Vorname	Geburtsdatum	
Beruf:	Postleitzahl / Ort	Strasse	Telefon	e-mail Adresse
		Arbeitgeber: _____		

Versicherte/r:

Anschrift:	Name	Vorname	Geburtsdatum	
Beruf:	Postleitzahl / Ort	Strasse	Telefon	
		Arbeitgeber: _____		

Unter welcher Telefon- oder Handynummer sind Sie tagsüber zu erreichen?

Wie sind Sie versichert? Gesetzlich versichert wenn ja: pflichtversichert freiwillig versichert zusatzversichert
Privat versichert beihilfeberechtigt Basistarif Studententarif

Ihre Versicherung / Krankenkasse: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Auf Empfehlung von: _____
 Auf anderem Wege:

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, d.h. wir vergeben Termine, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Damit wir Ihnen unsere ganze Aufmerksamkeit schenken können, reservieren wir Ihnen bei entsprechenden Arbeiten z. T. mehrere Stunden. Unsere Pünktlichkeit hängt wesentlich von der Termintreue unserer Patienten ab. Um Ihnen und uns Ärger zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten oder bei Verhinderung rechtzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen. Medizinische Behandlungen lassen sich nicht wie technische Arbeiten exakt planen, daher kann es trotz aller Bemühungen zu Verzögerungen kommen. Diese liegen oft im Krankheitsbild des einzelnen begründet. Da auch Sie selbstverständlich unsere volle Aufmerksamkeit und Umsicht beanspruchen können, rechne ich mit Ihrem Verständnis.

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu bearbeiten. Sie geben mir damit die Möglichkeit, Ihren Gesundheitszustand und Ihr Anliegen umfassend zu beurteilen. So kann ich Sie dann Ihren Wünschen entsprechend behandeln. **Alle Daten, auch die zu Ihrer Person, unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühe!**

Wie stehen sie zu Ihren eigenen Zähnen?

- Solange sie nicht schmerzen, interessieren sie nicht.
- Auf die dauerhafte Funktion kommt es an, das Aussehen ist zweitrangig.
- Das Aussehen ist genauso wichtig wie die Funktion, es trägt zu meinem Persönlichkeitsbild bei.

Worüber möchten Sie genauer informiert werden?

- Zahnimplantate Ästhetisch anspruchsvolle Keramikversorgungen Zahnkosmetik/Zahnschmuck
- Prävention/professionelle Zahnreinigung Kostengünstige Lösungen im Rahmen Ihrer Krankenkassenversicherung

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?

- Ja zur Prophylaxe
- Ja zur regelmäßigen Untersuchung
- Nein zu allem

Allgemeinmedizinische Vorgeschichte

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Behandelnder Arzt

Name:

Adresse

Telefon:

Gegen welche(s) Leiden werden Sie behandelt?

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Sind Sie zufrieden mit Ihrer bisherigen zahnärztlichen Behandlung? Ja Nein

Wenn nein, geben Sie bitte Gründe an

Wurden alle Behandlungen beendet? Ja Nein



Fragen zu Ihrer Person

damit wir uns ganz auf Sie einstellen können

Allgemeinmedizinische Vorgeschichte

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche sind es?

Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit?

Welches Medikament ist es?

Haben Sie eine Allergie

Wenn ja, wogegen?

Wurden Sie kürzlich operiert?

Wenn ja, woran?

Rauchen Sie ?

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

Epilepsie _____

Atemwegserkrankung _____

Asthma

Bronchitis

Tuberkulose

Diabetes _____

Erhöhter Augendruck (Glaukom, grüner Star)

Herz-Kreislaufkrankung _____

Herzinsuffizienz

Koronare Herzkrankheit Angina Pectoris

Herzinfarkt

Herzrhythmusstörung

Haben Sie einen Herzschrittmacher

Erhöhter Blutdruck

Verminderter Blutdruck

Herzklappenfehler / Herzklappenersatz

Ist eine Endocarditisprophylaxe angeraten?

Hatten Sie einen Schlaganfall?

Lebererkrankung _____

Magen-Darm-Erkrankung _____

Nierenerkrankung _____

Niereninsuffizienz

Dialyse

Blutgerinnungsstörung _____

Osteoporose _____

Stehen Sie unter Immunsuppressiver Therapie (Cortison, Interferon, Chemotherapie)?

Sind oder waren Sie drogenabhängig?

Haben Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten?

Hepatitis A B C _____

Immunmangelsyndrom - HIV _____

Besteht, sofern Sie weiblich sind, eine Schwangerschaft?

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Was ist Ihr dringendstes Zahnproblem?

Was stört Sie am meisten an Ihren Zähnen?

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Ja Nein

Farbe

Form

Stellung

Über welches zahnmedizinische Thema möchten Sie besonders informiert werden?

Beobachten Sie manchmal Zahnfleischbluten

Haben Sie manchmal einen schlechten

Geschmack im Mund oder Mundgeruch?

Beißen sich Speisereste zwischen die Zähne?

Hatten Sie eine Parodontalbehandlung?

Hatten Sie eine kieferorthopädische

Behandlung?

Gibt es Probleme bei der Mundöffnung, beim

Beißen oder Kauen?

Haben Sie schon einmal bemerkt, dass Sie

die Zähne zusammenpressen oder Knirschen

Leiden Sie an Verspannungen im Kopf- oder

Nackengebiet oder unter häufigen

Kopfschmerzen?

Leiden Sie unter Rheuma oder anderen

Gelenksproblemen?

Haben Sie Probleme mit Ihren Kieferhöhlen?

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?

Wenn nein, würden Sie sich leicht mit einer herausnehmbaren Prothese abfinden können?

Wenn ja, haben Sie sich schon mit dem Gedanken an Zahnimplantate beschäftigt?

Haben Sie schon eine zahnärztliche Spritze erhalten?

Gab es eine außergewöhnliche Reaktion?

Würden Sie sich als besonders ängstlich beim Zahnarzt einstufen?

Wurden Ihre Zähne innerhalb des letzten

Jahres geröntgt?

Wenn ja, bei wem?

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben

Datum

Unterschrift