



**Dr. Antje Hansen**  
EINFACH SCHÖNE ZÄHNE

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese). Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer ärztlichen Behandlung in dieser Praxis.

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geb.Ort \_\_\_\_\_ Geb.Name \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Mobil-Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse \_\_\_\_\_  zusatzversichert

Private Krankenkasse \_\_\_\_\_  vollversichert

Standardtarif (1,7fach)  Anspruch auf Beihilfe

Wer ist Ihr Hausarzt/Facharzt \_\_\_\_\_

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

Zähneknirschen  Kiefergelenkschmerzen

Zahnfleischbluten  Zahnlockerungen  Raucher

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel, Bisphosphonate)?

---

### Allergien

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja **Bitte vorlegen!**

### Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)  ja  nein Herzklappenersatz/Herzfehler  ja  nein  
Unregelmäßiger Herzschlag  ja  nein Hoher Blutdruck  ja  nein  
Herzasthma, Angina Pectoris  ja  nein Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein Herzinfarkt  ja  nein

### Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/C...)  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?  nein  ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Creutzfeld-Jakob-Krankheit  ja  nein

Immunsuppression  ja  nein

### Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung  ja  nein Schilddrüsenüberfunktion  ja  nein Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein

### Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)  ja  nein Blutarmut (Anämie)  ja  nein

### Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle  ja  nein

Psychosomatische Erkrankungen  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_ (Antidepressiva?)

### Magen- /Darmerkrankungen, Nierenerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt  ja  nein \_\_\_\_\_  
Erkrankte Niere  ja  nein \_\_\_\_\_

Bisphosphonat – Therapie  ja  nein

### Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat?

### Endoprothesen

Haben Sie neue Gelenke? (Hüft- oder Knieprothese)  ja  nein

### Röntgenbestrahlung

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  ja  nein

Worauf legen Sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?  nein  ja

Schnarchen Sie oder haben Sie Atemaussetzer im Schlaf?  nein  ja

Sind Sie tagsüber immer müde und nicken auch schonmal spontan ein?  nein  ja

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="radio"/> Zahnersatz                       |
| <input type="radio"/> Implantologie                | <input type="radio"/> individuelles Prophylaxeprogramm |
| <input type="radio"/> Parodontosebehandlung        | <input type="radio"/> Zahnästhetik                     |
| <input type="radio"/> Zahnfehlstellungsregulierung | <input type="radio"/> Kariesrisikobestimmung           |
| <input type="radio"/> Amalgamsanierung             | <input type="radio"/> Bleaching (Zahnaufhellung)       |

Sonstiges Beratungsinteresse?

---

Haben Sie ein Bonusheft?     ja     nein  
Bitte vorlegen!!

**Wir weisen darauf hin, dass eine falsche Angabe zur Krankenversicherung oder das Nichtbezahlen von Privatrechnungen den Tatbestand des Betruges erfüllt, und strafrechtlich verfolgt werden kann. Weiterhin bitten wir darum, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei unentschuldigtem Fernbleiben behalten wir uns vor, die geplante Behandlung gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen.**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## **Allgemeines und Datenschutz**

Unsere Datenschutzerklärung können Sie jederzeit einsehen, sie liegt im Anmeldebereich für Sie bereit.

**Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?**

nein  ja

Wenn ja, dann...  telefonisch  per E-Mail

**Hinweise zum Datenschutz:**

**Zur Ansprache in der Praxis verwenden wir Ihren Namen.**

**Weiterhin versenden wir ggf. angefertigte Röntgenaufnahmen an Kollegen wie Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen oder Kieferorthopäden zur Weiterbehandlung per EMAIL. Dies sprechen wir natürlich mit Ihnen ab.**

**Hiermit gestatte ich der Ärztin und Ihren Mitarbeiterinnen der Zahnarztpraxis Hansen den Austausch von Arztbriefen und Röntgenbildern – auch per Mail (nicht Verschlüsselt, aber anonymisiert) mit den mich mitbehandelnden Ärzten & Zahnärzten (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden und Endodontologen) in Zusammenhang meiner aktuellen Behandlung zum Zwecke der Behandlungsoptimierung. (Ein Ausdruck der Röntgenbilder hat keine geeignete Qualität für die Befundung durch Kollegen.)**

ja

nein

**Alle Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_