ACHIM LEHNERT MSc

ZAHNARZT

PARODONTOLOGIE

Patient (Name, Vorname): _____ **Geburtsdatum:** _____

Versicherter (Name, Vorname, ○ Ehegatte, ○ Vater / Mutter) _____ **Geburtsdatum:** _____

Anschrift (Strasse, Hausnummer): _____ **Wohnort:** _____

Telefonnummer privat: dienstlich: Handy:+Netz z.B.D1,D2... _____ **e-mail:** _____

Beruf: _____ **Arbeitgeber:** _____

Krankenkasse: _____ **Hausarzt:** _____

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert – **nicht** im Standardtarif oder Erweiterten Standardtarif(Basistarif-Bedingungen)
☐ Beihilfeberechtigt ☐ Privat versichert im Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen) ☐ Bonus nicht erfüllt(Bonusheft)
☐ Privat versichert – im Standardtarif ☐ **Bonusheft vollständig letzten 5 Jahre** ☐ **Bonusheft vollständig letzten 10 J.**

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, sind wir Ihnen gerne dabei behilflich.

	Ja	Nein
Möchten Sie unseren Terminerinnerungsservice per SMS in Anspruch nehmen?	○	○
Leiden Sie an **Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?**	○	○
Haben Sie manchmal **Atemnot oder Brustschmerzen?**	○	○
Ist bei Ihnen eine **Transplantation** von inneren Organen durchgeführt worden?	○	○
Müssen Sie oft **Husten**?	○	○
Leiden Sie an **Asthma**?	○	○
Haben Sie **Bluterkrankungen**?	○	○
Haben Sie erhöhte **Blutungsneigung**?		
Nehmen Sie **ASS** oder **Marcumar** regelmäßig ein?	○	○
Ist bei Ihnen ein erhöhter **Flüssigkeitsbedarf** auffällig?	○	○
Leiden Sie an **Diabetes**?	○	○
Haben Sie **künstliche Herzklappen, Herzklappenfehler o. Herzmuskelentzündung**	○	○
Haben Sie ein **Schilddrüsenleiden**?	○	○
Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?	○	○
Wenn ja, welche?_____		
Leiden Sie an einer **Tumorerkrankung**? _____	○	○
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Substanzen / Arzneien?	○	○
Wenn ja, auf welche?_____		
Haben Sie eine **Allergie**?	○	○
Wenn ja, auf was reagieren Sie allergisch?_____		==➔

	Ja	nein
Hatten Sie Tuberkulose?	○	○
Hatten oder haben Sie ein **Leberleiden (Gelbsucht / Hepatitis**)?	○	○
Wenn ja: Hepatitis **A** ○ Hepatitis **B** ○ Hepatitis **C** ○		
War bei Ihnen ein **HIV – Test** positiv?	○	○
Leiden Sie an **AIDS**?	○	○
Waren Sie in letzter Zeit in **ärztlicher Behandlung**?	○	○
Hat sich in letzter Zeit Ihr **Gesundheitszustand** verschlechtert?	○	○
Sind Sie **schwanger**? weiß nicht ○	○	○
Leiden Sie an **Rheuma** oder anderen **Knochen- oder Gelenkkrankheiten**?	○	○
Existieren **Röntgenbilder** jüngeren Datums?	○	○
Leiden Sie an einer hier **nicht aufgeführten Krankheit**?	○	○

Wenn ja, an welcher?_____

Den folgenden Teil brauchen Sie nur auszufüllen, wenn Sie Interesse an einer umfassenden und systematischen Behandlung bestehender Gebissschäden haben, sowie an der konsequenten Verhinderung weiterer Zahnerkrankungen interessiert sind.

Beobachten Sie in letzter Zeit verstärkt **Zahnfleischbluten**?	○	○
Beobachten Sie in letzter Zeit **Zahnlockerungen**?	○	○
Haben Sie **überempfindliche Zahnhälse**?	○	○
Haben Sie in letzter Zeit **Verfärbungen** an Ihren Zähnen beobachtet?	○	○
Haben Sie Interesse an **vorbeugenden Maßnahmen,** welche das Risiko von Karies und Parodontose verringern?	○	○
Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Parodontalbehandlung** durchgeführt?	○	○
Haben Sie Interesse an **ästhetischen Füllungsmaterialien**?	○	○
Haben Sie Interesse an Informationen über **Amalgamalternativen**?	○	○
Sind Sie mit dem **Aussehen Ihrer Zähne** zufrieden?	○	○
Hätten Sie gerne **hellere Zähne**?	○	○
Wünschen Sie mehr Informationen über die **Zahnaufhellung**?	○	○
Leiden Sie oft an **Kopfschmerzen**?	○	○
Leiden Sie an **Verspannungen** im Gesichts- oder Nackenbereich?	○	○
Würden Sie sich als **nervös oder stressanfällig** bezeichnen?	○	○
Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?	○	○
Haben Sie morgens nach dem Aufstehen an einzelnen Zähnen Beschwerden?	○	○
Haben Sie morgens nach dem Aufstehen Beschwerden im Bereich der Kaumuskulatur?	○	○

Zahnmedizinische Aspekte oder Fragen über die Sie gerne aufgeklärt werden möchten:

⇨Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass Termine die nicht mindestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden von uns in Rechnung gestellt werden können.

_____

Datum / Unterschrift