



Dr. med. dent.

DANIELA WEILANDT

Unser Ziel ist Ihr gesundes Lächeln!

Liebe Patientin, lieber Patient, wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße / Nr., Postleitzahl / Ort, Telefon privat, geschäftlich, Mobil, Fax, E-Mail, Beruf, Arbeitgeber

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße / Nr., Postleitzahl / Ort, Telefon privat, geschäftlich, Mobil, Fax, E-Mail

Krankenkasse Name

checkboxes for Gesetzliche Krankenkasse, Private Krankenkasse, Zusatzversichert, vollversichert, Standardtarif (1,7fach), Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung, Grund Ihres heutigen Besuches?, Worauf legen Sie besonderen Wert?, Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst?, Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

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

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

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

checkboxes for Professionelle Zahnreinigung, Zahnersatz, Implantologie, Parodontitisbehandlung, individuelles Prophylaxeprogramm, Zahnästhetik, Amalgamsanierung, Wurzelbehandlung, Ernährung, Zahnfehlstellungsregulierung, Mundhygieneartikel, Bleaching (Zahnaufhellung), Sonstiges

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

checkboxes for Internet, auf Empfehlung von, andere Quelle

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.dr-weilandt.de?

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis?

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

checkboxes for überempfindliche Zähne, Zahnknirschen, Zahnschmerzen, Zahnfleischbluten, Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken, Zahnverfärbungen, Mundgeruch, Zahnlockerungen, Sonstiges

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien oder Überempfindlichkeiten bekannt? Wenn ja, welche? Besitzen Sie einen Allergiepass? Haben Sie Asthma?

Anamnesebogen Erwachsene

Dr. med. dent. Daniela Weilandt

bitte wenden >>

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen Sie Biophosphate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? nein ja

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herzklappenersatz/Herzfehler	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzasthma, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herzinfarkt, Schlaganfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Thrombose, Krampfadern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herzmuskelerkrankung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Sonstiges _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sonstiges	_____	

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/...)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	_____	
Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstiges?	_____				

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Krämpfe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Psychosomatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sonstiges?	_____	

Magen- / Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt nein ja

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie nein ja

Gelenkerkrankungen

Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wirbelsäulenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstige Ess-Störungen	_____	

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star? nein ja

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja

Hausarzt / Facharzt _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____

Unser Ziel ist Ihr gesundes Lächeln!