

Aufnahmebogen

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Um Ihre Erstuntersuchung optimal vorzubereiten, ist es wichtig, im Voraus über Ihre Beschwerden, Ihren Mundbefund und Gesundheitszustand, die Vorgeschichte und Ihre besonderen Wünsche informiert zu sein.

Wir können dadurch den Zeitbedarf des Ersttermines einschätzen. Der Vorteil für Sie besteht in einer an Ihren individuellen Bedürfnissen bzw. Ihren Beschwerden angepassten Untersuchung.

Dazu haben wir einen Fragebogen vorbereitet, den Sie uns bitte vollständig ausgefüllt, zusammen mit eventuell bereits vorhandenen aktuellen Röntgenbildern vorab zusenden.

Anschließend werden wir uns telefonisch oder per Mail mit Ihnen zur Terminvereinbarung in Verbindung setzen.

Leistungen der Erstuntersuchung:

(bestimmte Leistungen können entfallen)

- Befundaufnahme
- PA-Status / Zahnfleischtaschentiefenmessung
- Untersuchung des gesamten Mund-, Kiefer- und Zahnsystems
- Vitalitätsprobe der Zähne
- soweit erforderlich Foto Dokumentation
- kurze Funktionsuntersuchung (Kiefergelenk)
- Besprechung der Ergebnisse und Erstellung eines Behandlungsplanes und Vereinbarung weiterer Termine, sofern nötig.
- Besprechung der Kosten, sofern keine weiteren externen Kostenvoranschläge eingeholt werden müssen

Fragen zu Ihrer Krankengeschichte und Ihren Beschwerden:

Bitte schildern Sie uns kurz den Grund für die Konsultation:

z.B. Schmerzbehandlung, Implantate, Füllungsaustausch, Zahnersatz, Routinekontrolle, Zahnreinigung, Begutachtung, Zweitmeinung usw.:

Haben Sie das Empfinden einer stabilen Verzahnung, oder ist Ihre Bissposition unsicher?

AKUTE BESCHWERDEN: Sind akut Schmerzen im Zahn- / Mundbereich vorhanden, wo genau, wie, wann, welcher Auslöser und seit wann?

Bemerken Sie eine Bewegungseinschränkung bei Öffnung oder Seitwärtsbewegung?

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE: Welche Behandlungen wurden in den letzten 3 Jahren im Zahn-/ Kieferbereich durchgeführt?

Leiden Sie chronisch unter Kopfschmerzen oder Migräne – wenn ja, wie häufig und in welchem Bereich des Kopfes?

Beschreiben Sie die Schmerz-Qualität:

KIEFERGELENK: Leiden Sie unter Beschwerden und Schmerzen im Kiefergelenksbereich?

Leiden Sie unter Beschwerden der Halswirbelsäule, Nacken, Schulter? Falls ja, auf welcher Seite und wie stark/ wie oft?

Verursacht das Kiefergelenk Knack-, Knirsch- oder Reibegeräusche? Falls ja, auf welcher Seite?

Ohren: Leiden Sie unter chronischen Mittelohrentzündungen, Ohrenschmerzen, Tinnitus, Ohrgeräuschen, Klingeln, Rauschen, Pfeifen?

Augen: starke Sehverschlechterung, Augenüberdruck, Netzhautablösung, Hornhautverkrümmung?

Kieferorthopädische Behandlung?

Hatten Sie jemals einen Ski-, Motorrad-, Autounfall o.ä. mit Halswirbelsäulenbeteiligung (Schleudertrauma, Halskrause)?

ALLGEMEINANAMNESE:

Besteht oder bestand bei Ihnen eine chronische Allgemeinerkrankung wie z.B. Krebs, MS, Kolitis, Rheuma, Arthritis, Herzkrankung, HIV-Infektion, Hepatitis usw. - und seit wann?

GELENKBESCHWERDEN: Leiden Sie unter Schulter-/Armsyndrom, Tennisellenbogen, Schmerzen an Knie, Fußgelenk, Hüfte, Bandscheiben, Gelenkersatz usw. - und seit wann? Bitte genau beschreiben:

NNH: Leiden Sie unter chronischen Entzündungen der Nasenneben-, Stirn- oder Kieferhöhlen?

Störungen bzw. Erkrankungen der Schilddrüse, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, Magen, Darm?

Erkrankungen, Beschwerden oder Störungen von Magen und Darm – bitte genau beschreiben:

FRAUEN: Liegen Erkrankungen im Bereich der weiblichen Brust vor? Zysten, Schwellungen, Tumore?

Störungen/Erkrankungen im Bereich Blase, Niere oder Unterleibsbereich (Myom, Prostata)?

Lunge, Bronchien? Asthmatische Beschwerden, chronische Bronchitis, rezidivierende Lungenentzündung usw.?

Herz-/Kreislaufsystem: Blutdruck, Herzinsuffizienz, Arrhythmien?

Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig oder eher chronisch müde?

Bestehen nachgewiesene ALLERGIEN oder Unverträglichkeiten? Allergikerpass?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, falls ja, welche? Ggf. Rückseite nutzen.

Nutzen Sie regelmäßig die professionelle Zahnreinigung? Falls ja - wann wurde zuletzt eine professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?

Besteht eine Schwangerschaft?

Viele allgemeingesundheitliche Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen und Zahnfleisch und Kiefergelenk – mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit weiteren Untersuchungen zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn-/ Mundbereiches helfen zu können.

Bitte senden Sie diesen Plan und bereits vorhandene max. 6 Monate alte Röntgenaufnahmen an:

**Zahnarztpraxis Jörg Koch
Dorstener Strasse 9
45966 Gladbeck**

tel: 02043-52355

mail: anmeldung@zahnarzt-koch.de

Bitte geben Sie uns Ihre vollständigen persönlichen Adressangaben in Druckschrift an, damit wir Sie zukünftig zuverlässig kontaktieren können:

Vor- und Zuname

Geb.-Datum

Strasse Nr.

Land, Postleitzahl, Stadt

E-Mail-Adresse (unbedingt angeben)

Telefon Arbeitsstelle

Telefon Privat

Handy

Beruf

Arbeitgeber

Versicherung (Kasse, Privat, Selbstzahler)

Mitglied (falls nicht selbst versichert)

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass geplante und nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden und nicht durch Ersatztermien besetzt werden können, zeitanteilig mit einem Stundensatz von €250 in Rechnung gestellt werden müssen (s. AGB).

Ort, Datum

Unterschrift

Apropos Service: Dürfen wir Ihnen helfen Ihre Zähne gesund zu erhalten? Falls gewünscht erinnern wir Sie kostenlos und unverbindlich an Ihre zukünftigen halbjährlichen Untersuchungs- und/oder Prophylaxetermin.

Ort, Datum

Unterschrift