

**-Zahnarztpraxis Scheele und Partner-**

**Praxis für ganzheitliche und neuromuskuläre Zahnheilkunde -**

**Dr. Rainard Scheele & ZÄ Judith Breimann**

**Himmelreich 9 31785 Hameln Tel.: 05151 25959 [info@zahnarzt-scheele.de](mailto:info@zahnarzt-scheele.de)**

## Anmeldung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Tel.(dienstl.): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer (falls abweichend): Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

1. Wann war ihre letzte Zahnbehandlung? \_\_\_\_\_

Bei welchem Zahnarzt hat die Behandlung stattgefunden? \_\_\_\_\_

2. Ist die Behandlung abgeschlossen? JA NEIN

3. Weshalb kommen Sie zur Behandlung? \_\_\_\_\_

4. Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? JA NEIN

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA NEIN

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

6. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen? (Marcumar/ASS) JA NEIN

7. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

8. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? JA NEIN

9. Gegen welche Stoffe sind Sie allergisch? \_\_\_\_\_

10. Haben Sie eine Penicillin Allergie  Jodallergie  Latexallergie

11. Besitzen Sie einen Allergiepass? JA NEIN

12. Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf? JA NEIN

13. Neigen Sie zu Wundheilungsstörungen? JA NEIN

14. Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichts-Bereich? JA NEIN

15. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt immer gut vertragen? JA NEIN

16. Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt (welcher Körperbereich)? \_\_\_\_\_



17. Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen oder Verletzungen?

	JA	NEIN	?		JA	NEIN	?
Herzerkrankungen (Infarkt, Herzklappenfehler)				Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)			
Endokarditis				Grüner Star (Glaukom)			
Hoher/ niedriger Blutdruck?				Rheuma			
Blutarmut (Anämie)				Schilddrüsenfehlfunktion			
Schlaganfall				Osteoporose			
Lungenerkrankung				Chronische Erkrankungen			
Diabetes				Kopfschmerzen			
Nierenerkrankung				Rückenschmerzen			
Lebererkrankung				Verspannungen			
Magen-Darm-Erkrankung				Kiefergelenksknacken			
Nervenerkrankung				Kiefergelenkschmerzen			
Krampfleiden(Epilepsie)				Blutgerinnungsstörungen			
Krebs				Sonstige Erkrankungen?			
Schlaganfall				Wenn JA, welche? _____			

18. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

JA NEIN

19. Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

20. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. Der Behandlung, Terminierung etc., die Sie uns mitteilen möchten?

\_\_\_\_\_

**BITTE BEACHTEN SIE FOLGENDEN HINWEIS ZUR LOKALANÄSTHESIE:**

**Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!**

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich Änderungen unaufgefordert vor Behandlung mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass vereinbarte Termine extra für mich freigehalten werden (Bestellpraxis). Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Std. vorher absagen, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

**Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

