

## Patientendaten:

Patient: Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_  
Versicherter: Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Betreuender Hausarzt/ Facharzt: \_\_\_\_\_

## Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung berücksichtigen, was liegt Ihnen am Herzen?

---

Was haben sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

---

Möchten Sie regelmäßig an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden, um sich unter anderem von der Krankenkasse einen höheren Zuschuss für Zahnersatz zu sichern?

Ja,  per SMS  E-Mail  Anruf  Nein

## Medikamente

Nehmen Sie Blutverdünner (Heparin, Marcumar)? J  N

---

Nehmen Sie Psychopharmaka? J  N

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose? J  N

Nehmen Sie Medikamente gegen Schmerzen? J  N

Nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes? J  N

Sonstige Medikamente? J  N

---

Ist bei Ihnen eine antibiotische Prophylaxe notwendig? J  N

## Krankheiten

Leiden Sie an einer Lungenkrankheit? J  N

Asthma

COPD

Sonstige

Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? J  N

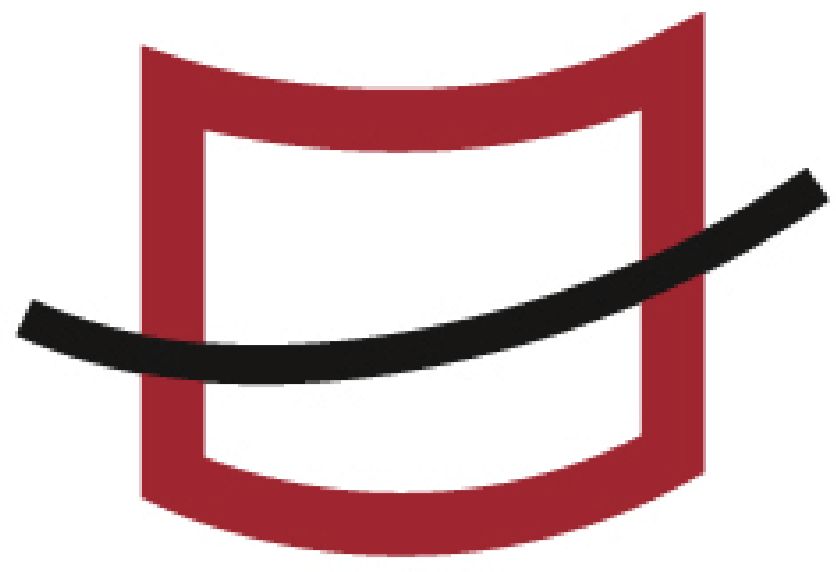
Leiden Sie an einer psychischen Krankheit? J  N

Haben Sie eine Gerinnungsstörung? J  N

## Allergien

Leiden Sie an Allergien J  N

---



Leiden oder litten Sie an einer Herz-Kreislauf-Erkrankungen? J  N

---

## Krebserkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? J  N

## Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten:

Hepatitis? J  N

Tuberkulose (TBC)? J  N

HIV-positiv (AIDS)? J  N

Andere Infektionskrankheiten? J  N

---

## Beratungswünsche

Sind Sie zufrieden mit ihrem Lächeln? J  N

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Professionelle Zahnreinigung

Füllungstherapie

Zahnersatz

Sanierung des Gebisses

Kiefergelenksbehandlung

Mikroskopische Wurzelkanalbehandlung

Behandlung der Parodontitis

Ästhetik

Bleaching/ Aufhellung der Zähne

## Alkohol

Dürfen Alkoholhaltige Präparate zur Anwendung kommen? J  N

## Tabakkonsum

Rauchen Sie?

Nie

Gelegentlich

Regelmäßig

## Schwangerschaft

Sind Sie schwanger? J  N

Stillen Sie? J  N

## Wie haben Sie uns gefunden?

Google

Google Maps

Carl Magazin Gütersloh

GT-INFO

Jameda

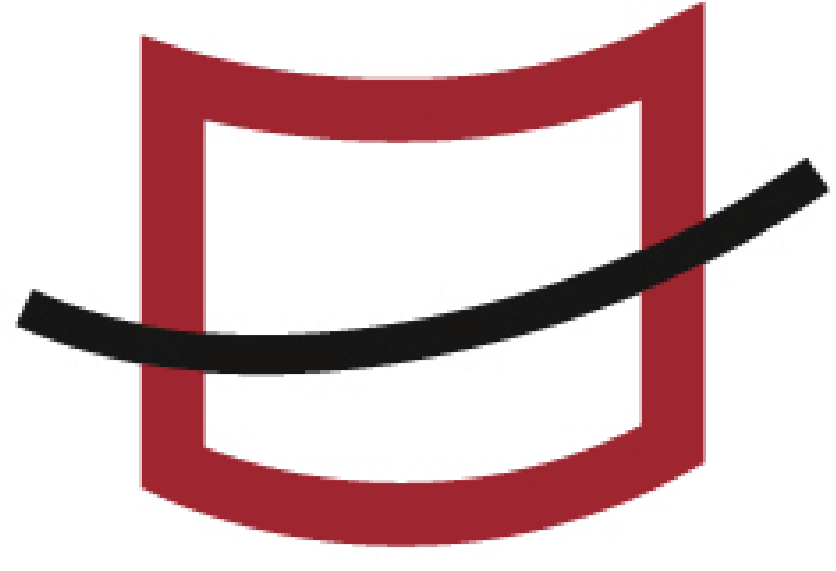
Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Patient/Erziehungsberechtigter

Datum: \_\_\_\_\_



Praxis für Zahnheilkunde  
Dr. Uta Goldmann

# Anamnese

Ich bestätige hiermit die Kenntnisnahme vorher genannter Praxisinformationen.

Wir möchten Ihnen bei jedem Termin den bestmöglichen Service bieten. Dazu garantieren wir Ihnen eine kurzfristige Terminverfügbarkeit und kurze Wartezeiten. Ihr Behandlungstermin ist jedes Mal exklusiv für Sie reserviert.

Bitte beachten Sie, dass Termine mindestens 24 Stunden vorher unter der Telefonnummer: 02541/2222858 abgesagt werden müssen. Bei Montagsterminen informieren Sie uns bitte bis zum vorherigen Freitag 10.00 Uhr. Bei nicht rechtzeitig erfolgter Absage behalten wir uns vor, eine Teilkostenentschädigung (Berechnungsgrundlage: 80,-€ für 60 Minuten) in Rechnung zu stellen.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Patient/Erziehungsberechtigter

Datum: \_\_\_\_\_