

STEFAN LANGNER

Praxis für biologische Zahnmedizin

Hangstrasse 8 63856 Bessenbach Telefon: 06095-1353

Gesund beginnt im Mund

Um Sie optimal betreuen zu können, möchten wir Ihre Wünsche, Vorstellungen und Ansprüche kennenlernen, denn Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen.

Wir versichern Ihnen hiermit, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und ausschließlich dazu dienen, unsere Betreuung Ihrem Gesundheitszustand optimal anzupassen.

Persönliche Angaben

Patient

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherter

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift

Telefon Privat:

Geschäftlich:

Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Zusatzversicherung?

J ☐ N ☐

-bitte wenden-

Gesund beginnt im Mund Anamnese

Risikoanamnese

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden können.

Infektionskrankheiten J ☐ N ☐
(HIV, TBC, Hepatitis etc.)
Hormonelle Erkrankungen J ☐ N ☐
(Diabetes, Schilddrüse etc.)
Chronische Erkrankungen J ☐ N ☐
(Rheuma, MS, Krebs, Epilepsie etc.)
Herzkrankheiten J ☐ N ☐
(Herzschrittmacher, Bluthochdruck etc.)
Blutgerinnungsstörung J ☐ N ☐
Blutverdünnung J ☐ N ☐
Wenn ja, welches Medikament:

Allergien

Allergien,
Arzneimittelüberempfindlichkeiten? J ☐ N ☐
welche?

Allgemein

Geschlecht: ☐ w ☐ m
Schwangerschaft J ☐ N ☐
Monat:

Stillzeit J ☐ N ☐
Monat:

Raucher? J ☐ N ☐
Möchten Sie, dass wir Sie an Ihren nächsten
Vorsorge-Termin erinnern? J ☐ N ☐
Wenn ja, per:
☐ E-Mail
☐ Telefon
☐ Post

Medikamente

Medikamenteneinnahme? J ☐ N ☐
Wenn ja, welche:

Spezielle medizinische Anamnese

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkungen zum Kauorgan stehen. Durch Ihre Angaben können eventuelle zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

Magen, Bauchspeicheldrüse, Milz: J ☐ N ☐

Leber, Galle: J ☐ N ☐

Atemsystem, Verdauung, Nasennebenhöhle: J ☐ N ☐

Haut (Allergie, Neurodermitis): J ☐ N ☐

Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
Hormonelle Störungen: J ☐ N ☐

Niere, Blase, Lymphe, Unterleib: J ☐ N ☐

Psychische Probleme /
Belastungen (auch Therapie): J ☐ N ☐

Spezielle Probleme oder
sonstige Erkrankungen: J ☐ N ☐

Knochenentzündungen (Osteoporose): J ☐ N ☐

Augenerkrankungen (Glaukom): J ☐ N ☐

Zahnmedizinische Anamnese

Welche Anliegen führt Sie in unsere Praxis?
Aktuell:

Langfristig:

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück?
Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

Wie zufrieden sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne? Zeigen Sie Ihre Zähne gerne?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Neutral

Wenn nein, weil:

Sind Sie an ästhetischen Veränderungen interessiert?

- ☐ Ja, ich empfinde die Farbe meiner Zähne als unattraktiv und bin an einem Bleaching (Aufhellung der Zähne) interessiert
- ☐ Mich stört das Aussehen von Füllungen oder Zahnersatz in meinem Mund
- ☐ Die Stellung meiner Zahnreihen empfinde ich als nicht optimal
- ☐ Ich hätte gern ein gesünder aussehendes Zahnfleisch
- ☐ Meine Zahnlücken stören mich
- ☐ Sonstiges:

Zahnersatz

Haben Sie Zahnersatz? J ☐ N ☐

Wenn ja, seit wann:

- ☐ Festsitzend
- ☐ Herausnehmbar

Haben Sie Implantate? J ☐ N ☐

Wenn ja, seit wann:

Was könnte Ihrer Meinung nach hierbei verbessert werden?

- ☐ Optik
- ☐ Kaufunktion
- ☐ Sitz/Halt
- ☐ Hygienefähigkeit
- ☐ Biologische Verträglichkeit
- ☐ Sonstiges:

Ist Ihnen aufgefallen, dass ...

- ☐ Ihr Zahnfleisch (häufiger) blutet
- ☐ Ihr Zahnfleisch zurückweicht bzw. Ihnen Ihre Zähne länger erscheinen als sonst
- ☐ Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden
- ☐ Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen
- ☐ sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet
- ☐ sich Ihre Zähne schnell verfärben
- ☐ sich Ihre Mundschleimhäute häufig entzünden

Die Mundhöhle steht in enger Beziehung zu Ihrer allgemeinen Gesundheit.

Interessieren Sie sich für ...

- ☐ einen Gesundheitscheck im Hinblick auf mögliche Belastungen durch Zähne oder zahnmedizinische Materialien?
- ☐ einen Test über die Verträglichkeit zahnmedizinischer Materialien?
- ☐ eine naturheilkundliche Unterstützung bei Ihrer zahnärztlichen Therapie?

Ist Ihnen in der letzter Zeit aufgefallen, dass ...

Sie mit Ihren Zähnen knirschen? J ☐ N ☐

Wenn ja, haben Sie eine Knirschschiene? J ☐ N ☐

Wenn ja, seit wann:

Ihre Kiefergelenke knacken? J ☐ N ☐

Sie Ohrgeräusche haben? J ☐ N ☐

Ihre Zähne nicht richtig aufeinander passen? J ☐ N ☐

Sie Verspannungen im Bereich von Gesichts- und Nackenmuskulatur haben? J ☐ N ☐

Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne leiden? J ☐ N ☐

Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? J ☐ N ☐

Zeitraum:

Schnarchen Sie? J ☐ N ☐

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Persönliche Empfehlung von:

☐ Überweisung durch:

- ☐ Internet
- ☐ Telefonbuch
- ☐ Gelbe Seiten
- ☐ Sonstiges:

Unterschrift

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ort/Datum: