

Zahnarztpraxis am Husarenhof

Dr. Azita Attarchi Tehrani

Patientenanamnese

Name, Vorname Patient: _____ geboren am: _____

Name, Vorname Versicherter: _____ geboren am: _____

Anschrift: _____; PLZ _____ Ort _____

Krankenkasse / Privatversicherung: _____

Beruf / Arbeitgeber: _____

Telefon tagsüber: _____ E-Mail-Adresse: _____

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz/ Kreislauf

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Zustand nach Herzinfarkt	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Bypassoperation
Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Herzklappenersatz	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Schrittmacher
Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	niedriger Blutdruck	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Hoher Blutdruck
Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Angina pectoris	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Schlaganfall

Sonstiges: _____

Erkrankung des blutbildenden Systems

Ja Nein Bluter
Ja Nein Neigen Sie zu Nachblutungen nach Operationen?

Augen

Ja Nein Grüner Star / Glaukom
Ja Nein Grauer Star

Atemwege / Lunge

Ja Nein Asthma
Ja Nein Bronchitis
Ja Nein Schnarchen Sie? Wenn ja - wünschen Sie eine Beratung oder Therapie?

Leber

Ja Nein Hepatitis A / B / C

Bewegungsapparat

Ja Nein rheumatoide Arthritis
Ja Nein Leiden Sie unter einem „Knacken“ Ihrer Kiefergelenk(e)?
Ja Nein Wurde bei Ihnen eine Kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?
Ja Nein Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?

Wenn ja: Wegen welcher Erkrankung? _____,

wann? _____ und mit welchem Präparat? _____

Zentrales u. Vegetatives Nervensystem

Ja Nein Epilepsie

Ja Nein Depressionen

Ja Nein Kopfschmerzen

Ja Nein Angstzustände

Ja Nein Migräne

Sonstiges: _____

Allergien

Ja Nein Penicillin

Ja Nein Latex

Ja Nein Jod

Sonstige: _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Ja Nein Sodbrennen

Ja Nein HIV / AIDS

Ja Nein Tumorerkrankung

Ja Nein Reflux

Ja Nein Tuberkulose

Ja Nein Diabetes I oder II

Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen: _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein, wie z.B.

Ja Nein Aspirin oder ASS

Ja Nein Marcumar

Sonstige: _____

Sind Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung? Wenn Ja, bei:

Name d. Arztes _____ Fachrichtung _____

Ort: _____ Telefon _____

Wann und wo waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung?

Zeitpunkt: _____ Name des Zahnarztes: _____

Ort: _____ Telefon: _____

Weitere medizinisch / administrativ wichtige Informationen

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten/Welche? _____

Regelmäßige Einnahme von Drogen oder Alkohol/Welche? _____

Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft? Ja Nein / Wenn ja, in welchem Monat? _____

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt ? Wann _____ Region _____

Ja Nein Sind schon einmal Probleme bei einer zahnärztlichen Anästhesie aufgetreten?

Ja Nein Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

Ja Nein Haben Sie Probleme mit Mundgeruch?

Ja Nein Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt?
Wenn ja, wann ? _____

Ja Nein Benutzen Sie Zahnzwischenraumbürsten / Zahnseide ?

Ja Nein Rauchen Sie ? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Ja Nein Besitzen Sie ein Bonusheft?

Wenn ja: Unvollständig / die letzten 5 / 10 Jahre vollständig

Ja Nein Möchten Sie von uns an Ihre Kontrolltermine erinnert werden ?

Wenn ja: halbjährlich jährlich / per Telefon per Post per E-Mail

- Ja Nein Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer bzw. Vormund ?
Ja Nein Sind Sie Zahnzusatz-versichert ? für Zahnersatz / für Zahnerhalt
Ja Nein Beamte: Sind Sie Beihilfe versichert?
Ja Nein Privat Versicherte: Sind Sie Basistarif / Standardtarif versichert?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung über

- Ja Nein Zahnaufhellung / Bleaching ?
Ja Nein Korrektur Ihrer Zahnfehlstellung ?
Ja Nein Minimalinvasive chirurgische Behandlung von freiliegenden, sensiblen Zahnhälsen ?
Ja Nein Botulinum-Therapie bei Bruxismus (Knirschen/Pressen) oder Faltenreduktion von unserem Facharzt Dr. Dr. Ali Tehrani ?

Wünschen Sie eine papierlose Zusendung von Kostenvoranschlägen und Rechnungen ?

Wenn ja, bitte ausfüllen:

Ich wünsche die Zusendung aller zukünftigen Kostenvoranschläge und Rechnungen verschlüsselt auf digitalem Weg an folgende

E-Mail-Adresse : _____ bis zu meinem schriftlichen

Widerruf. Änderungen dieser Adresse werde ich umgehend mitteilen.

Ich bin mir des Risikos bewusst, dass meine in den zu versendenden Unterlagen niedergelegten persönlichen Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden können. Für diesen Fall entbinde ich die Zahnarztpraxis Dr. Azita A. Tehrani von der ärztlichen Schweigepflicht.

Hamburg, d. _____ Unterschrift: _____

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen bis zu 24 Std. beeinträchtigt sein kann. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gern ein Taxi.

Nach Injektionen können an der Einstichstelle Einblutungen ins Gewebe (→Hämatome) entstehen.

Diese werden wie ein „ blauer Fleck“ nach und nach wieder von allein zurückgehen. In äußerst seltenen Fällen kann bei einer Leitungsanästhesie eine Irritation der Nervenfasern eintreten. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie uns bitte.

Außer dem behandelten Zahn werden auch die umliegenden Weichteile (Zunge, Lippe, Wange) betäubt. Bitte verzichten Sie auf Nahrungsaufnahme, solange eine Betäubung anhält, um Bissverletzungen oder Verbrennungen zu vermeiden.

Hinweis zu Terminabsagen

Wir sind eine Bestellpraxis und reservieren einen individuellen Zeitrahmen für jeden Patienten. Daher bitten wir Sie dringend, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, 24 Stunden vorher abzusagen. Im Falle einer Nichtabsage behalten wir uns vor eine Ausfallgebühr in Rechnung zu stellen.

Datenschutz(gemäß Art.9 Abs.2 DSGVO)

Ich willige ein, dass Frau Dr. Azita A. Tehrani innerhalb der Behandlungskette meine persönlichen Daten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Hierzu gehört auch die Anforderung sowie der digitale Versand von Röntgenaufnahmen von / an einen weiter- oder mitbehandelnden Arzt oder Zahnarzt.

Mir ist bekannt, dass ich auf schriftlichen Antrag jederzeit unentgeltlich Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten kann. Ich habe das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Hamburg, d. _____ Unterschrift Patient: _____

