

Dr. med. dent. E. Stollmaier

Zahnarzt

Neue Gasse 11 89077 Ulm 0731/388182

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns, dass Sie sich für uns entschieden haben.

Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen dieses Fragebogens etwas Zeit und beantworten Sie die Fragen möglichst genau. Nur so können wir unsere Behandlung Ihren individuellen Bedürfnissen anpassen.

Alle Ihre Angaben in diesem Fragebogen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert und unterliegen den strengen Richtlinien des Datenschutzes.

Bitte beachten Sie auch unsere organisatorischen Hinweise und die Aufklärung zur Anästhesie (Betäubungsspritze).

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Ihr Praxisteam Dr. Edgar Stollmaier

Dr. med. dent. E. Stollmaier

Zahnarzt

Neue Gasse 11 89077 Ulm 0731/388182

Patient

Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter

(falls abweichend vom „Patient“)

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Straße Haus-Nr. Telefon (privat)

PLZ Ort

E-Mail Telefon (mobil)

Krankenkasse/ Versicherung

gesetzlich privat

Name der Krankenkasse/Versicherung

Arbeitgeber

Telefon (gesch)

Hausarzt

Name

Adresse Telefon

Dr. med. dent. E. Stollmaier

Zahnarzt

Neue Gasse 11 89077 Ulm 0731/388182

Organisatorische Hinweise:

Die Praxis wird als Bestellpraxis geführt, d.h. wir reservieren die vereinbarte Behandlungszeit nur für Sie. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher. Andernfalls müssen wir Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung stellen.

Röntgenbilder, Behandlungsbefunde werden heute via Internet an die zuständigen Stellen (Krankenkassen, Kostenerstatter, Gutachter, weiterbehandelnde Kollegen) weitergeleitet. Hierzu erklären Sie Ihr Einverständnis.

Aufklärung zur Anästhesie (Betäubungsspritze):

Bei jeder Anästhesie (Betäubungsspritze) besteht grundsätzlich die Gefahr der Nervschädigung. Das kann zu einem vorübergehenden oder bleibenden Gefühlsverlust führen.

Alternativ besteht im Unterkiefer die Möglichkeit der intraligamentären (über den Spalt im Zahnhalteapparat) Infiltrationsanästhesie, die jedoch in einigen Fällen nicht zu einer vollständigen Schmerzausschaltung führen kann.

Ich habe alle die oben aufgeführten „organisatorischen Hinweise“ bzw. die „Aufklärung zur Anästhesie“ verstanden. Eine Ausfertigung dieses Anmeldebogens habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter

Dr. med. dent. E. Stollmaier

Zahnarzt

Neue Gasse 11 89077 Ulm 0731/388182

Fragen zu Ihrer Gesundheit

■ Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn „ja“, wegen welcher Erkrankung?	
■ Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn „ja“, welche Stoffe, Medikamente?	
■ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn „ja“, welche?	

■ Benötigen Sie vor der Behandlung eine Antibiotika-Prophylaxe („single shot“)? z.B. bei Herzklappenersatz, Gelenkprothesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

■ Nehmen Sie Bisphosphonate? wegen Knochenschwund (Osteoporose)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

■ Nehmen Sie Drogen, Drogensatzstoffe, Aufputzmittel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Trinken Sie Alkohol? Wenn „ja“, wie viel am Tag?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Rauchen Sie? Wenn „ja“, wie viele Zigaretten am Tag?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

■ Herzinfarkt? Wenn „ja“, wann? wie oft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Angina pectoris? Wenn „ja“, haben Sie einen Spray oder Kapseln mit dabei?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Zu hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Zu niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Tendenz zum Kreislaufkollaps (bei Spritzen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Stoffwechselkrankheiten

■ Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Typ 1 <input type="checkbox"/> oder Typ 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
Aktueller Langzeitzucker-Wert (HbA1c) %	
■ Magen-Darm-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nervensystem-Erkrankungen

■ Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Depressionen/Psychosen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Dr. med. dent. E. Stollmaier

Zahnarzt

Neue Gasse 11 89077 Ulm 0731/388182

Weitere Erkrankungen

■ Bluterkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Immunerkrankung, HIV, AIDS?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Erkrankung der Atemwege? z.B. chronische Bronchitis, COPD	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Leberentzündung (Hepatitis)? Wenn „ja“, welcher Typ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nicht abgefragte Erkrankungen?

■

Röntgen

■ Wurden Sie in letzter Zeit im Kopf- /Kiefer- /Zahnbereich geröntgt? Wenn „ja“, bei welchem behandelnden Kollegen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Für Patientinnen

■ Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
■ Nehmen Sie die „Pille“	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Grund Ihres Besuches

■ Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Zahnfleischprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Kiefergelenksprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Mundgeruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Bleaching (Bleichen der Zähne)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Ästhetische Korrekturen (Farbe, Form, Stellung der Zähne)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Implantate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Sonstiges:	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit. Bitte haben Sie Verständnis, wenn wir Ihnen diesen Fragebogen nach einer bestimmten Zeit wieder vorlegen.

Datum

Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter