



# WHITE WAYS

ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE MÜNCHEN

## ANAMNESE- UND BERATUNGSBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

Gesundheit, ein strahlendes Lächeln und Vitalität sind das höchste Gut des Menschen.

Unser Ziel ist, Ihnen diese zu erhalten oder wiederherzustellen. Dafür benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, so können wir uns Ihnen noch gezielter widmen und auf Ihre spezielle Situation eingehen.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### PERSÖNLICHES

Name, Vorname  Geburtsdatum

Straße  PLZ, Ort

Telefon Tagsüber  E-Mail

Beruf  Arbeitgeber

### VERSICHERUNG

Krankenkasse  Versicherungsnummer

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Basistarif

Beihilfe

Pflegestufe/Eingliederungshilfe

Haben Sie eine Behinderung oder einen Pflegegrad ?

ja  nein

**Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:**

Name, Vorname  Geburtsdatum

Straße  PLZ, Ort

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Besondere Wünsche bei der Beratung bzw. Behandlung?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja, welche   nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja, welche   nein

Besteht bei Ihnen eine Allergie (z. B. auf Metalle, Medikamente)?  ja, welche   nein

LEIDEN SIE AN EINER DER UNTENSTEHENDEN AUFGEFÜHRTEN ERKRANKUNGEN?

- Herzschwäche
- Unregelmäßiger Herzschlag
- Zustand nach Herzinfarkt
- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck/Ohnmacht
- Osteoporose
- Diabetes
- Magen- und Darmerkrankungen
- Herzschrittmacher
- Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_
- Hirnhautentzündung
- Zustand nach Schlaganfall
- Schilddrüsenerkrankung
- Leberentzündung/Hepatitis
- Epileptiforme Anfälle
- Tuberkulose
- HIV
- Erhöhte Blutungsneigung
- Nierenerkrankung

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?  ja, welche? \_\_\_\_\_  nein

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?  ja, welche, wo? \_\_\_\_\_  nein

Dürfen wir diese telefonisch anfordern?  ja  nein

Sie haben einen Röntgenpass?  ja  nein

Falls ja, bitte jedes Röntgenbild eintragen lassen.

**Unsere digitalen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis!**

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger?  ja, welche SSW? \_\_\_\_\_  nein

Rauchen Sie?  wenn ja, wie viele pro Tag? \_\_\_\_\_  nein

UNSER SERVICE FÜR SIE

Möchten Sie rechtzeitig an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?  ja  nein

halbjährlich  jährlich  per Telefon  per E-Mail  per SMS

Dieser Service ist natürlich für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift

VEREINBARUNG

Wir sind eine Bestellpraxis und sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Unser Anspruch ist es, für unsere Patienten immer ausreichend Zeit einzuplanen.

Sollten Sie Ihre geplanten Termine nicht wahrnehmen, ohne uns darüber mindestens 24 Stunden vorher zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten entstehen. Sollten wir in der vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandeln können, sind wir berechtigt, Ihnen das Honorar für die im Behandlungstermin vorgesehenen Leistungen eine Ausfallentschädigung in Rechnung zu stellen.

Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.

Unterschrift Zahnarzt

Unterschrift Patient

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE LOKALANÄSTHESIE

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen, wie z. B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende Nervbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrstüchtigkeit.

Datum

Unterschrift Patient