

Herzlich Willkommen in der „Praxis Dr. Bütow“

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Dr. med. dent. Ingo Bütow

Patient

Name _____ Vorname _____ geboren am _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ geboren am _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort _____

Handy _____ Telefon _____ E-Mail _____

Versicherung Gesetzlich
 Freiwillig gesetzlich Privat
Name der Krankenkasse _____ Name der Zusatzversicherung _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon, geschäftlich _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie: _____

Bestellpraxis – unsere Organisation:

Falls erforderlich, reservieren wir mehrere Termine für Sie. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach GOZ berechnen.

Recall:

Wollen Sie regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? Dann müssen Sie nicht mehr daran denken!

- Ja
 Nein

Für Kassenpatienten:

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

- Ja
 Nein

Wünschen Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

- Ja, ich möchte in Zukunft nie mehr Karies und Parodontose haben
 Nein

Datum, Unterschrift _____

Anamnese

Allgemeine Situation

	Ja	Nein
Medikamentenallergie (z. B. Penicillin)	0	0
Konservierungsmittelallergie	0	0
Andere Allergien?		

Schilddrüsenüberfunktion	0	0
Schilddrüsenunterfunktion	0	0
Herzerkrankungen	0	0
Hoher Blutdruck	0	0
Niedriger Blutdruck	0	0
Verlängerte Blutungen bei Schnittwunden	0	0
Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, TBC, HIV)	0	0
Diabetes (Zuckerkrankheit)	0	0
Engwinkelglaukom (Augenkrankheit)	0	0
Besteht eine Schwangerschaft	0	0
Werden Sie gegen Osteoporose behandelt?	0	0
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?	0	0
Wenn ja, welche?		

Zahn – Mund – Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

	Ja	Nein
Zahnfleischbluten	0	0
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontosebehandlung gemacht	0	0
Geräusche im Kiefergelenk	0	0
Schmerzen, Kopf, Nacken, Schulter, Rücken	0	0
Kennen Sie Tinnitus, Ohrgeräusche?	0	0
Migräne, Kopf- und Muskelschmerzen	0	0
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?	0	0
Tragen Sie Zahnersatz?	0	0
Seit wie vielen Jahren?		

Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Eine Betäubungsspritze im Unterkiefer kann in sehr seltenen Fällen (0,1%) den Nerv bleibend oder vorübergehend schädigen. Dies ist mit einem Taubheitsgefühl im Kinnbereich und/oder der Zunge verbunden.

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand ändert.