



Dr. med. dent.

DANIELA WEILANDT

Unser Ziel ist Ihr gesundes Lächeln!

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname Geburtsdatum
Straße / Nr. Postleitzahl / Ort
Telefon privat geschäftlich Mobil
Fax E-Mail
Beruf Arbeitgeber

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname Geburtsdatum
Straße / Nr. Postleitzahl / Ort
Telefon privat geschäftlich Mobil
Fax E-Mail

Krankenkasse Name

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse zusatzversichert
vollversichert Standardtarif (1,7fach) Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung
Grund Ihres heutigen Besuches?
Worauf legen Sie besonderen Wert?
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst?
Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail per SMS

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Implantologie Parodontitisbehandlung
individuelles Prophylaxeprogramm Zahnästhetik Amalgamsanierung Wurzelbehandlung
Ernährung Zahnfehlstellungsregulierung Mundhygieneartikel Bleaching (Zahnaufhellung)
Sonstiges

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von andere Quelle

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.dr-weilandt.de?

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden?
Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis?

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

überempfindliche Zähne Zähneknirschen Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken Zahnverfärbungen Mundgeruch Zahnlockerungen
Sonstiges

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien oder Überempfindlichkeiten bekannt? nein ja
Wenn ja, welche?
Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja Haben Sie Asthma? nein ja

Anamnesebogen Erwachsene

Dr. med. dent. Daniela Weilandt

bitte wenden >>

Kuhtorstraße 1 Telefon 04361 - 3491 praxis@dr-weilandt.de
23758 Oldenburg Telefax 04361 - 494961 www.dr-weilandt.de

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? ☐ nein ☐ ja

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ☐ nein ☐ ja

Unregelmäßiger Herzschlag ☐ nein ☐ ja

Herzasthma, Angina Pectoris ☐ nein ☐ ja

Herzschrittmacher ☐ nein ☐ ja

Thrombose, Krampfader ☐ nein ☐ ja

Sonstiges _____

Herzklappenersatz/Herzfehler ☐ nein ☐ ja

Hoher Blutdruck ☐ nein ☐ ja

Niedriger Blutdruck ☐ nein ☐ ja

Herzinfarkt, Schlaganfälle ☐ nein ☐ ja

Herzmuskelerkrankung (Endokarditis) ☐ nein ☐ ja

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung ☐ nein ☐ ja

Zuckerkrankheit (Diabetes) ☐ nein ☐ ja

Schilddrüsenerkrankung ☐ nein ☐ ja

Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A / B / ...)

☐ nein ☐ ja

Tuberkulose ☐ nein ☐ ja

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?

☐ nein ☐ ja

MRSA-Infektion ☐ nein ☐ ja

Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie) ☐ nein ☐ ja

Sonstiges? _____

Blutarmut (Anämie) ☐ nein ☐ ja

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle ☐ nein ☐ ja

Psychosomatische Erkrankungen ☐ nein ☐ ja

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ☐ nein ☐ ja

Krämpfe ☐ nein ☐ ja

Ohnmachtsanfälle ☐ nein ☐ ja

Sonstiges? _____

Magen- / Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt ☐ nein ☐ ja

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie ☐ nein ☐ ja

Gelenkerkrankungen

Rheuma ☐ nein ☐ ja

Wirbelsäulenbeschwerden? ☐ nein ☐ ja

Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere ☐ nein ☐ ja

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Drogen

Drogenabhängigkeit ☐ nein ☐ ja

Nikotinabhängigkeit ☐ nein ☐ ja

Alkoholabhängigkeit ☐ nein ☐ ja

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht) ☐ nein ☐ ja

Sonstige Ess-Störungen _____

Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-

Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie einen Röntgenpass? ☐ nein ☐ ja

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star? ☐ nein ☐ ja

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ nein ☐ ja

Hausarzt / Facharzt _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____

Unser Ziel ist Ihr gesundes Lächeln!

Auf unseren Internetseiten finden Sie
viele Informationen rund um Ihre Zahngesundheit

www.dr-weilandt.de