

ZAHNARZT  
ANDREAS ENGELMANN

Spezialist für Parodontologie, Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie, Kiefergelenkerkrankungen

*"Es gibt nichts auf der Welt, was nicht ein wenig schneller, billiger und ein wenig schlechter gemacht werden könnte."*

*John Ruskin 1900*

Liebe Patienten,

telephonisch haben Sie einen Untersuchungstermin vereinbart.

Wir freuen uns darauf, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen und danken Ihnen für das uns entgegengebrachte Vertrauen! Wir wollen versuchen, Ihren Erwartungen gerecht zu werden, ohne uns von obigem Ausspruch leiten zu lassen!

Um die anstehende Untersuchungszeit möglichst effektiv zu gestalten, möchten wir Ihnen den Anmelde- und Anamnesebogen schon jetzt überreichen, damit Sie in Ruhe die, uns wichtigen, Fragen beantworten können.

Außerdem möchten wir Ihnen unser Behandlungskonzept darlegen, damit Sie unsere Behandlungsphilosophie schon ein wenig kennenlernen.

Neben der Heilung vorhandener Krankheiten und der Beseitigung bestehender Schäden unter Nutzung aller bewährten Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde, sehen wir unsere Hauptaufgabe in der Vorbeugung und Verhinderung jedweder Erkrankung des gesamten Kausystems ( Zähne, Kieferknochen, Kaumuskulatur, Kiefergelenke, und die korrekte Funktion dieser Einheit ).

Der Patient wird nicht länger als "Opfer" der Behandlungsmaßnahmen, sondern wichtiger Partner in der dauerhaften Gesunderhaltung seines Kauorgans gebraucht. Wir würden uns wünschen, Sie zum aktiven Mitarbeiter in Sachen Mundgesundheit motivieren zu können!

Nach der vor Ihnen liegenden Eingangsuntersuchung erfolgt, falls notwendig, eine vorläufige Behandlungsplanung, in deren Rahmen wir dann für Sie mehrere Termine reservieren werden.

Zu diesen Terminen werden wir uns nur auf Sie konzentrieren und Ihnen lange Wartezeiten möglichst ersparen!

Falls Sie Ihre Termine einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie, uns spätestens 24 Stunden vorher zu informieren. So eröffnen Sie anderen Patienten die Möglichkeit, Ihre Therapie ein wenig rascher fortzusetzen.

Patienten- und nicht erstattungsorientierte Behandlung bedeutet zuweilen Differenzen mit den Kostenerstatterern, d.h. daß, aus verschiedenen Gründen, Liquidationen möglicherweise nicht vollständig übernommen werden, obwohl eine korrekte Rechnungslegung, laut GOZ, vorliegt.

Für Kritik und Anregungen aus Ihrem Mund sind wir jederzeit dankbar. Wir stehen Ihnen gern für alle Fragen der Zahnheilkunde mit Rat und Tat zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Steinweg 26. D-26122 Oldenburg . Telefon 0441 - 41014 . Fax 41015

ZAHNARZT  
ANDREAS ENGELMANN  
Spezialist für Parodontologie

## Anmeldebogen

**Patient**                      **Name:** \_\_\_\_\_  
                                    **Vorname:** \_\_\_\_\_  
                                    **Geb.:** \_\_\_\_\_  
                                    **Wohnort:** \_\_\_\_\_  
                                    **Strasse:** \_\_\_\_\_  
**Telefon(privat):** \_\_\_\_\_  
**Telefon(dienstl.):** \_\_\_\_\_  
                                    **Telefax:** \_\_\_\_\_

**Versicherter**                **Name:** \_\_\_\_\_  
                                    **Vorname:** \_\_\_\_\_  
                                    **Geb.:** \_\_\_\_\_  
                                    **Wohnort:** \_\_\_\_\_  
                                    **Strasse:** \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

**Zusatzversicherung:** \_\_\_\_\_

**Beihilfeberechtigt:**                      **Ja (    )    Nein (    )**

**Mein Hauptanliegen ist:** \_\_\_\_\_

**Auf wessen Empfehlung Kommen Sie?** \_\_\_\_\_

**Wann und was war Ihre  
letzte Zahnbehandlung?** \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:**

**Betäubungsmittel zu Lokalanästhesie können die allgemeine Verkehrstüchtigkeit ( Auto,  
Fahrrad, Fußgänger..... ) über mehrere Stungen einschränken!**

Steinweg 26 . D-26122 Oldenburg . Telefon 0441 - 41014 . Fax 41015

# Anamnesebogen

## Patient ( Name, Vorname, geb. )

---

Die folgenden Angaben unterliegen selbstverständlich, wie alle persönlichen Daten, der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

### Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja ( ) Nein ( )

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

### Hausarzt/ Facharzt:

Name, Adresse, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

---

### Herz- / Kreislaufferkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz) oder Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja ( ) Nein ( )

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Ja ( ) Nein ( )

Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck? Ja ( ) Nein ( )

Zustand nach Herzinfarkt? Ja ( ) Nein ( )

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja ( ) Nein ( )

### Infektionserkrankungen:

Gelbsucht (Hepatitis A / B)? Ja ( ) Nein ( )

Tuberkulose? Ja ( ) Nein ( )

Wurde ein AIDS-Test durchgeführt? Ja ( ) Nein ( )

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

### Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankung (Diabetes)? Ja ( ) Nein ( )

Schilddrüsenerkrankungen? Ja ( ) Nein ( )

### Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja ( ) Nein ( )

### Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle (Epilepsie)? Ja ( ) Nein ( )

### Allergien:

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht der Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

---

Besitzen Sie einen Allergiepaß? Ja ( ) Nein ( )

### Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen ( Fortsetzung )

## Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Bereich angefertigt?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Übrigens: Durch Modernisierung unserer Röntgengeräte wurde die Strahlendosis um 90 % gesenkt.

## Zahnmedizinische Anamnese :

Beobachten Sie seit einiger Zeit Zahnfleischbluten:      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Leiden sie unter Mundgeruch?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Spüren Sie manchmal einen Metallgeschmack?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Leiden Sie unter überempfindlichen Zähnen?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Bestehen Kiefergelenksgeräusche?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Haben Sie gelegentlich Kiefergelenksbeschwerden?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Wenn ja, wurde deswegen eine Behandlung durchgeführt?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Wurden Ihre Zähne jemals beschliffen, außer für Füllungen?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Wurden Ihnen bleibende Zähne entfernt?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Leiden Sie unter verstärktem Würgereiz (z.B. bei Abdrücken )?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Was können wir für Sie tun? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was brauchen Sie, um sich gut behandelt zu fühlen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Legen Sie Wert auf eine entspannte Behandlung?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Möchten Sie über moderne, klinische Hypnose aufgeklärt werden?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

Möchten Sie regelmäßig an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?      **Ja** (   )      **Nein** (   )

**Datum:**

**Unterschrift:**