

# HERZLICH WILLKOMMEN ☺



DR. KATJA REIMERS

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 Angaben vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.  
(2 Seiten)

**NAME, VORNAME:** \_\_\_\_\_ **GEBURTSDATUM:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**HAUPTVERSICHERTER:** \_\_\_\_\_ **GEBURTSDATUM:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**STRASSE / NR:** \_\_\_\_\_ **PLZ/ORT:** \_\_\_\_\_

**TELEFON privat:** \_\_\_\_\_ **mobil:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_ **FAX:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**KRANKENKASSE Name:** \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse  Zusatzversichert: \_\_\_\_\_  
 Vollversichert  Standardtarif (1,7fach)  Anspruch auf Beihilfe

Die Praxis wurde mir empfohlen von: \_\_\_\_\_  Internet  Bewertungsportal

## Mit welchem Anliegen/ Wunsch sind Sie heute bei uns?

- Kontrolle  PZR  Bleaching  Inlays  KFO / Harmonie-Schienen/Clear Aligner  
 2.Meinung  Zahnersatz  Ästhetik/ Veneers  Kiefergelenk/Schienen  Schmerzen  
 metallfrei (Seite 2)

**Was stört Sie?:** \_\_\_\_\_

Letzter Zahnarztbesuch war: \_\_\_\_\_ Jahr, in Praxis Name/Telefon/ e-mail: \_\_\_\_\_

Letzten Röntgenbilder waren ca. aus Jahr : \_\_\_\_\_

Letzte Professionelle Zahnreinigung war: \_\_\_\_\_ Ihr indiv. Recall Intervall: \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch behandelt:  JA  NEIN

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher/heilpraktischer Behandlung:  JA  NEIN

Hausarzt/Heilpraktiker: \_\_\_\_\_ Facharzt: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung  JA  NEIN

Möchten Sie unseren Service nutzen, regelmäßig an ihren Kontroll/-termin erinnert zu werden?  
 JA  NEIN

Info: um für SIE noch besser telefonisch erreichbar zu sein, wird es zukünftig zusätzlich(!) einen externen Telefondienstleister geben. ☺

Zahnarztpraxis Dr. Katja Reimers – Rübenhofstr. 42 – 22335 Hamburg –  
Tel.: 040-598282 – Fax: 040-598262 e-mail: [praxis@dr.katja-reimers.de](mailto:praxis@dr.katja-reimers.de)



DR. KATJA REIMERS

## **MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE:**

### **Allgemeine Anamnese: besteht, oder bestand bei Ihnen:**

- Blutungsneigung  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Herz: (Infarkt, Bypass, Rhythmusstörung)  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Künstliche Herzklappen/Schrittmacher  nein  ja, Endokarditisprophylaxe / Ausweis  ja
- Hoher Blutdruck / Schlaganfall  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Asthma / Atemwegserkrankungen  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Lebererkrankungen (Hepatitis)  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankung (Dialyse)  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Rheuma / Gicht  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Epilepsie  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Diabetes / Zucker  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenüber-/ Unterfunktion  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- HIV-/AIDS-Erkrankung/TBC  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Tumorerkrankung (Bestrahlung, Chemo)  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Depressionen / Angstzustände  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Hatten Sie mal ein Schleudertrauma  nein  ja, Jahr: \_\_\_\_\_
- ALLERGIEN:  nein  ja, bekannt: \_\_\_\_\_
- RAUCHEN Sie?  nein  ja \_\_\_\_\_ pro Tag/pro Woche
- SCHNARCHEN Sie?  nein  ja
- Sonstige Erkrankungen oder laufende Untersuchungen / Med.: \_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwangerschaft  nein  ja Stichtag: \_\_\_\_\_

### **Zahnmedizinische Anamnese:**

- Beschwerden an den Zähnen  nein  ja wenn ja, wo \_\_\_\_\_
- Zahnfleischbluten / Mundgeruch  nein  ja Parodontosebehandlung  nein  ja, Jahr: \_\_\_\_\_
- Kopf-/Nackenschmerzen/Migräne  nein  ja Geräusche / Probleme im Kiefergelenk  nein  ja
- Hatten Sie jemals Probleme mit Narkose- oder Betäubungsmitteln?  nein  ja

Bitte denken Sie daran, **wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen** können, uns dies **mindestens 24 Stunden vorher** mitzuteilen. **Die Ausfallzeit Ihrer nicht eingehaltener Termine werden wir Ihnen in Rechnung stellen müssen.**

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, ggf. Erziehungsberechtigter

QS- ID- 007