

### Persönliche Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon/ Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Überweiserpraxis: \_\_\_\_\_

### Versicherter (Familienversichert)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon/ Handy: \_\_\_\_\_

### Arbeitgeber:

Krankenkasse:      ☐ gesetzlich versichert bei: \_\_\_\_\_      Firma: \_\_\_\_\_  
                         ☐ privat versichert bei: \_\_\_\_\_      Beruf: \_\_\_\_\_  
                                                                                                 ☐ Ja  
                                                                                                 Sind Sie beihilfeberechtigt? ☐ Ja

### Allgemeine Fragen

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?      ☐ Ja      Seit wann? \_\_\_\_\_  
Sind Sie im Besitz eines Bonusheftes?      ☐ Ja  
Sind Sie im Besitz eines Röntgenpasses?      ☐ Ja  
Sind Sie im Besitz eines Implantatpasses?      ☐ Ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Überweisung durch \_\_\_\_\_  
☐ Pers. Empfehlung durch \_\_\_\_\_  
☐ Internet  
☐ sonstiges \_\_\_\_\_

### Unsere Vorsorge

Wünschen Sie eine Terminerinnerung für die nächste zahnärztliche Kontrolle?      ☐ Ja  
Wünschen Sie eine Terminerinnerung für die Professionelle Zahnreinigung?      ☐ Ja

Welche Art der Terminerinnerung bevorzugen Sie?

☐ Per Mail  
☐ Per SMS  
☐ Per Brief

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen SMS-Erinnerungsservice für Ihre vereinbarten Termine an!

### Liebe Patienten,

wir arbeiten mit der Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft ZAAG zusammen.  
Alle Rechnungsbeträge, die 150,00€ überschreiten, werden über die ZAAG bearbeitet. Hier haben Sie die Möglichkeit einer bequemen Ratenzahlung. Rechnungsbeträge unter 150,00€ werden im Anschluss an die Behandlung bar oder mit EC-Karte bezahlt. Terminreservierungen sind auf jeden einzelnen Patienten abgestimmt. Wir bitten Sie eine Terminstornierung mindestens 24 Stunden im Voraus bei uns vorzunehmen. Werden Termine häufiger ohne Stornierung nicht wahrgenommen, behalten wir uns vor die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.

Das Team des Berliner Kompetenzzentrums für Zahnimplantate freut sich auf Ihre Behandlung!

## Anamnesebogen

Bitte zutreffende Angaben ankreuzen und vervollständigen!

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Regelmäßige Medikamenteneinnahme?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente<br/> <input type="checkbox"/> Herzmedikamente<br/> <input type="checkbox"/> Schmerzmittel<br/> <input type="checkbox"/> Psychopharmaka<br/> <input type="checkbox"/> Antidiabetika<br/>         Welche: _____<br/>         _____<br/>         _____</p> <p><b>Gerinnungshemmende Medikamente?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aspirin/ ASS<br/> <input type="checkbox"/> Marcumar<br/> <input type="checkbox"/> Ticlopidin<br/> <input type="checkbox"/> Clopidogrel<br/> <input type="checkbox"/> Plavix<br/> <input type="checkbox"/> Andere<br/>         Welches: _____</p> <p><b>Herz/ Kreislauferkrankungen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Herzfehler<br/> <input type="checkbox"/> Angina Pectoris<br/> <input type="checkbox"/> Herzinfarkt<br/> <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung<br/> <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung<br/> <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe<br/> <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher<br/> <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck<br/> <input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck<br/> <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen<br/> <input type="checkbox"/> Herzschwäche<br/> <input type="checkbox"/> Stents<br/> <input type="checkbox"/> Herzpass ist vorhanden</p> <p><b>Gefäßerkrankungen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Schlaganfall<br/> <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen<br/> <input type="checkbox"/> Krampfadern<br/> <input type="checkbox"/> Thrombose<br/> <input type="checkbox"/> Embolie<br/> <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p><b>Bluterkrankungen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen<br/> <input type="checkbox"/> blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung<br/> <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p><b>Lebererkrankung?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis A<br/> <input type="checkbox"/> Hepatitis B<br/> <input type="checkbox"/> Hepatitis C<br/> <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> | <p><b>Nierenerkrankung?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit<br/> <input type="checkbox"/> Nierenentzündung<br/> <input type="checkbox"/> Nierensteine<br/> <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p><b>Erkrankungen der Atemwege/ Lunge?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lungenblähung<br/> <input type="checkbox"/> Asthma<br/> <input type="checkbox"/> Lungenentzündung<br/> <input type="checkbox"/> Tuberkulose<br/> <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis<br/> <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p><b>Stoffwechselerkrankungen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Diabetis mellitus Typ I<br/> <input type="checkbox"/> Diabetis mellitus Typ II<br/> <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion<br/> <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion<br/> <input type="checkbox"/> Kropf<br/> <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p><b>Knochen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ich wurde in der Vergangenheit oder werde zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt.<br/>         Wegen welcher Erkrankung?<br/>         _____<br/>         Wann? Mit welchem Präparat?<br/>         _____</p> <p><input type="checkbox"/> oral<br/> <input type="checkbox"/> intravenös</p> <p><b>Nervenerkrankungen/ Gemüt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie)<br/> <input type="checkbox"/> Depressionen<br/> <input type="checkbox"/> Angstzustände</p> <p><b>Tumorerkrankungen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja<br/>         Welche: _____<br/> <input type="checkbox"/> Bestrahlung</p> <p><b>Bestrahlung? Erkrankungen des Immunsystems?</b></p> <p><input type="checkbox"/> HIV positiv<br/> <input type="checkbox"/> Einnahme von Cortison<br/> <input type="checkbox"/> Zustand nach Organtransplantation</p> | <p><b>Augenerkrankung?</b></p> <p><input type="checkbox"/> grüner Star<br/> <input type="checkbox"/> grauer Star</p> <p><b>Allergien?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente<br/> <input type="checkbox"/> Jod<br/> <input type="checkbox"/> Latex<br/> <input type="checkbox"/> Fruchtzucker<br/> <input type="checkbox"/> Penicillin (Amoxicillin)<br/> <input type="checkbox"/> Articaïn</p> <p><b>Mundschleimhauterkrankungen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> häufig Herpes<br/> <input type="checkbox"/> häufig Aphthen<br/> <input type="checkbox"/> wund Stellen<br/> <input type="checkbox"/> weißliche Beläge<br/> <input type="checkbox"/> Zungenbrennen</p> <p><b>Weitere Erkrankungen?</b></p> <p>_____<br/>         _____<br/>         _____</p> <p><b>Schwangerschaft?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><b>Zigarettenkonsum?</b></p> <p>Menge pro Tag: _____</p> <p><b>Alkoholkonsum?</b></p> <p>Menge pro Tag: _____</p> <p><b>Hausarzt:</b></p> <p>Name &amp; Anschrift:<br/>         _____<br/>         _____<br/>         _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p><b>Internist:</b></p> <p>Name &amp; Anschrift:<br/>         _____<br/>         _____<br/>         _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p><b>Datum, Unterschrift des Patienten:</b></p> <p>_____</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Bei Veränderung meines Gesundheitszustandes teile ich dies sofort der Praxis mit.