[Logo von Zahnarzt-Praxis Dr. Akpan in Murnau](https://www.zahnarzt-akpan.de/)Dr. Eno Akpan Am Kreuzfeld 2 82418 Murnau 08841 9366

Anmeldung

**Willkommen in unserer Praxis!**

**Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst gewissenhaft aus, damit wir Ihnen optimal helfen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.**

|  |  |
| --- | --- |
| Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mobil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Geburtstag:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Beruf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Arbeitgeber:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontakt Person im Notfall:  Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefonnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geb.-Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Versicherung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Zusatzversicherung * Beihilfeberechtigt * Vollständiges Bonusheft |

Was führt Sie zu uns? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie sind Sie sonst auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wünschen Sie (zutreffendes bitte ankreuzen)**

* Eine Routinekontrolle
* Eine Sanierung
* Eine Beratung, wegen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Möchten Sie Ihre Zähne professionell reinigen lassen?

**Allgemeines**

* Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht?
* Haben Sie gelegentlich oder häufig Zahnfleischbluten?
* Leiden Sie unter Mundgeruch?
* Hatten Sie schon einmal eine Parodontosebehandlung? Wenn ja wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Mundöffnen, Gähnen oder Kauen?
* Sind einzelne Zähne besonders temperaturempfindlich?
* Sind einzelne Zähne besonders aufbissempfindlich?
* Pressen oder Knirschen Sie mit den Zähnen?
* Haben Sie häufig Ohrenschmerzen/Ohrensausen/Tinnitus?
* Sind Sie in orthopädischer Behandlung oder physiotherapeutischer Behandlung?

|  |  |
| --- | --- |
| * Sind Sie in ärztlicher Behandlung?   Name des Hausarztes  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefon des Hausarztes  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Haben Sie Allergien oder Überempfindlichkeiten?   ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Treten oder traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Leiden oder litten Sie an:**

|  |  |
| --- | --- |
| * Herzerkrankung * Kreislaufbeschwerden * Haben Sie hohen Blutdruck? * Blutgerinnungsstörungen oder Blutungsneigung? * Schlaganfall * Chronische Atemwegsbeschwerden * Tuberkulose * Asthma * Krebserkrankungen * Osteoporose | * Lebererkrankung * Hepatitis B * Hepatitis C * HIV positiv * Nierenerkrankung * Magenerkrankung * Rheuma * Epilepsie * Diabetes * Schwangerschaft, Woche: \_\_\_ |

**Hinweise:**

|  |  |
| --- | --- |
| Bei Betäubungen im Unterkiefer kann es in sehr seltenen Fällen zu einer vorübergehenden oder permanenten Verletzung des Zungennervs kommen, dies äußert sich in einer Verminderung des Geschmacks-empfindens der entsprechenden Zungenseite.   * Ich wünsche dennoch eine Anästhesie bei Behandlungen dieses Gebietes. | Weiterhin werde ich darauf hingewiesen, dass zu den vereinbarten Terminen Zeit für mich reserviert wird. Vereinbarte Termine sollen deswegen unbedingt eingehalten werden bzw. mindestens 48 Stunden vorher abgesagt werden. |

Murnau, den\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_