

Zahnarztpraxen am  
Checkpoint Charlie



[www.praxis-checkpoint.de](http://www.praxis-checkpoint.de)

Zahnarztpraxis  
Dr. G.Frahn/ M.Rodig/ F.Bloch

Zahnarztpraxis  
C. Hohlt

Zahnarztpraxis  
M. Hennig

Friedrichstr. 210; 10969 Berlin

*Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,*

*ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.*

*Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, beide Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen.*

*Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.*

*Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.*

*Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.*

*Vielen Dank für Ihre Mühe!*

*Ihre*

*Zahnarztpraxen am  
Checkpoint Charlie*

## Anmeldung

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Bitte teilen Sie uns deshalb mindestens 24 h vorher mit, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen abgegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

### Patient

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

Telefon privat: .....

Fax privat: .....

Handy: .....

E-Mail: .....

Telefon Arbeit: .....

### Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Telefon privat: .....

### Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch

Internet  Gelbe Seiten  Sonstiges:

.....

### Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Freiwillig versichert
- Privat versichert
  - Beihilfeberechtigt
  - nur Basistarif
- Private Zusatzversicherung

### Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Zweite Zahnarztmeinung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfehlstellungen
- Zahnfleischbluten
- Mundgeruch
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Zähne
- Sonstiges:

.....

### Meine besonderen Anliegen und Wünsche

- Mundgesundheitsvorsorge (Karies-/Parodontitis-Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- Mundgeruchbehandlung
- Implantate
- Zahnersatz
- Amalgamentfernung/-sanierung
- Kiefergelenkbehandlung
- Kieferorthopädie
- Keramik-Inlays
- Keramikkrone und -brücken
- Veneers (Keramik-Verblendschalen)
- Ästhetische Zahnbehandlung
- Bleaching / Zahnaufhellung
- Behandlung unter Vollnarkose
- Sonstiges:

.....

# Angaben zum Gesundheits-Zustand - Ärztliche Anamnese -

**Krankheiten, Allergien und Medikamenten-Unverträglichkeiten** aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte auch Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?**

- Medikamente zur Hemmung der Blutbildung: Wenn ja, welche?  Marcumar / Falithrom  ASS  .....
- Sonstige: .....

**Allergien:** .....

**Sind Sie Raucher?**  Ja  Nein Menge pro Tag: .....

**Für Patientinnen:** Sind Sie schwanger?  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat: .....

**Leiden oder erlitten Sie an folgenden Erkrankungen?**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Niedriger Blutdruck</li> <li><input type="radio"/> Hoher Blutdruck</li> <li><input type="radio"/> Ohnmachtsneigung</li> <li><input type="radio"/> Durchblutungsstörungen</li> <li><input type="radio"/> Herzinsuffizienz/-fehler</li> <li><input type="radio"/> Endokartitis<br/>/Herzinnenhautentzündung</li> <li><input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen</li> <li><input type="radio"/> Herzinfarkt</li> <li><input type="radio"/> Angina pectoris</li> <li><input type="radio"/> Schlaganfall</li> <li><input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen</li> <li><input type="radio"/> Osteoporose</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)</li> <li><input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion</li> <li><input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion</li> <li><input type="radio"/> Asthma/Lungenkrankheit</li> <li><input type="radio"/> Nervenerkrankungen</li> <li><input type="radio"/> Depressionen/Psychosen</li> <li><input type="radio"/> Migräne</li> <li><input type="radio"/> Epilepsie</li> <li><input type="radio"/> Rheuma/Arthritis/Gicht</li> <li><input type="radio"/> Lebererkrankungen</li> <li><input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankungen</li> <li><input type="radio"/> Nierenerkrankungen</li> <li><input type="radio"/> Dialyse</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Immunschwäche (HIV/AIDS)</li> <li><input type="radio"/> Hepatitis A</li> <li><input type="radio"/> Hepatitis B</li> <li><input type="radio"/> Hepatitis C</li> <li><input type="radio"/> Tuberkulose</li> <li><input type="radio"/> Tumorerkrankungen<br/>(Bestrahlung, Chemotherapie)</li> <li><input type="radio"/> Geschlechtskrankheiten</li> <li><input type="radio"/> Hautkrankheiten</li> <li><input type="radio"/> Nasennebenhöhlenerkrankung</li> <li><input type="radio"/> Röteln, Mumps, Masern,<br/>Scharlach</li> <li><input type="radio"/> regelmäßiger Alkoholkonsum</li> <li><input type="radio"/> reaelmäßiaer Droaenkonsum</li> </ul> |
|--|--|--|

**Wer ist Ihr Hausarzt?** ..... Tel.-Nummer: .....

**Bei welchem der folgenden Fachärzte / Therapeuten sind Sie derzeit in Behandlung?**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Internist</li> <li><input type="radio"/> Kardiologe</li> <li><input type="radio"/> Hals-Nasen-Ohren</li> <li><input type="radio"/> Augenarzt</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Orthopäde</li> <li><input type="radio"/> Physiotherapeut</li> <li><input type="radio"/> Gynäkologe</li> <li><input type="radio"/> Heilpraktiker</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Logopäde</li> <li><input type="radio"/> Reha-Klinik</li> <li><input type="radio"/> Schlaf-Klinik</li> <li><input type="radio"/> Kieferorthopäde</li> </ul> |
|--|---|---|

**Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:**

Wer ist der behandelnde Arzt? ..... Tel.-Nummer: .....

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

**Angabe zu Veränderungen meines allgemeinen Gesundheitszustandes**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass mein/e Zahnarzt/Zahnärztin verpflichtet ist, in regelmäßigen Abständen allgemeine Fragen zu meiner Gesundheit zu hinterfragen. Für den Fall, dass sich zwischenzeitlich etwas an meinem Gesundheitszustand ändert, informiere ich meine/n Zahnärztin/Zahnarzt hierüber vor der nächsten Behandlung.

Berlin, den ..... Unterschrift: .....

# Angaben zu Ihren Zähnen und Zahnbehandlungen

## - Spezielle zahnärztliche Anamnese -

**Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, des Kiefergelenkes und der Kaumusculatur** können Auswirkungen auf den gesamten Organismus des menschlichen Körpers haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu vorausgegangenen Behandlungen, akuten Beschwerden, und dem aktuellen Zustand Ihrer Zähne, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte **vorhandene Behandlungsunterlagen** wie z. B. Ihren Allergie-Pass, Röntgenbilder usw. zu Ihrem ersten Termin mit. Vielen Dank!

### Ihre speziellen Wünsche an die Behandlung (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- Ich wünsche eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft
- Ich möchte genauestens über jeden Behandlungsschritt informiert sein
- Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen
- Ich leide unter Zahnarztphobie (ANGST)
- Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden oder
- nur nach vorheriger Absprache bei schmerzhaften Eingriffen eine Betäubung

### Ihre letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung/Behandlung

- Besitzen Sie ein Bonusheft?
  - Nein  Ja
- Wann war die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung? .....
- Bei wem? (Name, Stadtbezirk).....
- Wurden Sie bei dieser Kontrolluntersuchung auch geröntgt? .....
- Wurden bei der letzten Kontrolluntersuchung Auffälligkeiten an den Zähnen, Zahnfleisch oder Kiefergelenk festgestellt?
  - Nein  Ja, und zwar:  Zähne  Zahnhalteapparat/Zahnfleisch  Kiefergelenk / Funktion
  - Sonstiges: .....
- Wurde eine spezielle Therapie in Erwägung gezogen bzw. schriftlich ein Behandlungsplan erstellt?
  - Nein  Ja
- Was waren die Gründe, warum die Weiterbehandlung nicht erfolgte? .....

### Ihre vorausgegangenen zahnärztlichen Behandlungen

**Nein Ja**

- Wurden bei Ihnen **Kieferoperationen** (z. B.: Weisheitszahnentfernung, Implantate) durchgeführt?
- Hatten Sie als Kind eine Zahnspange, Klammer oder waren Sie sonst in **kieferorthopädischer Behandlung**?  
Wenn ja, wann wurde die Behandlung abgeschlossen? .....
- Wurden Zähne überkront und/oder tragen Sie **Zahnersatz**?  
Wenn ja, wann wurden zuletzt Kronen/Zahnersatz eingegliedert?.....  
Gibt es Probleme damit?.....
- Wurde bei Ihnen schon mal eine **Zahnfleischbehandlung** (Parodontitisbehandlung) durchgeführt?
- Haben Sie bisher an regelmässigen Prophylaxeprogrammen teilgenommen?
- Wurde bei Ihnen schon einmal speziell das **Kiefergelenk** mittels einer Funktionsanalyse untersucht?

### CMD – Screening (Bitte nur zutreffendes ankreuzen)

- Ist Ihre Mundöffnung eingeschränkt?
- Leiden Sie unter Schmerzen in der Ohr- und Kiefergelenkregion?
- Bemerken Sie Knackgeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes?
- Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?
- Haben Sie auch Verspannungen in der Nacken- und/oder Schultermuskulatur?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer) mit Tagesmüdigkeit?

### Folgende Unterlagen bringe ich zur Erstuntersuchung mit:

- |                                     |                                       |                                   |  |  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Bonusheft     | <input type="radio"/> Allergiepass    | <input type="radio"/> Röntgenpass | <input type="radio"/> Röntgenbilder    | <input type="radio"/> Kiefergelenkstatus (CMD) |
| <input type="radio"/> Implantatpass | <input type="radio"/> Behandlungsplan | <input type="radio"/> Gutachten   | <input type="radio"/> Parodontalstatus | <input type="radio"/> sonstiges                |

Berlin, den .....

Unterschrift: .....