



DENTALPRAXIS IM JOHANNISCONTOR
DR. MED. DENT. HAMIDE FARSHI

ANAMNESEBOGEN MEDICAL HISTORY FORM

Patient

Name / last name: _____ Vorname / first name: _____

Geburtsdatum / date of birth: _____ Geburtsort / birthplace: _____

Straße / street: _____

PLZ / zip code: _____ Wohnort / place of residence: _____

Telefon- Privat / home phone: _____ Handy / mobile phone: _____

Fax- Privat / home fax: _____ E-Mail: _____

Bankinstitut / Bank Institute: _____

Kontoinhaber / account holder: _____

Kontonummer / account number: _____ BLZ / bank number: _____

Versicherter / insured

Name / last name: _____

Vorname / first name: _____ Geburtsdatum / date of birth: _____

Straße / street: _____

PLZ / zip code: _____ Wohnort / place of residence: _____

Telefon- Privat / home phone: _____ Handy / mobile phone: _____

Fax- Privat / home fax: _____ E-Mail: _____

Versicherung / insurance

Kasse / health insurance _____

freiwillig versichert / voluntary insurance pflichtversichert / compulsorily

Privat / private health insurance _____

Besitzen Sie eine Zahnzusatz-Versicherung / Do you own a dental insurance? Ja Nein

Angaben zum Beruf und Arbeitgeber / Information about occupation and employer

Beruf / occupation: _____ Arbeitgeber / employer: _____

Anschrift / address: _____

Tel.-Gesch. / Business phone: _____ Fax: _____

Für ihre Behandlungsakte erbitten wir folgende Angaben bezüglich Ihres Gesundheitszustandes / Information regarding the patient's medical condition

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten ? / Have you had any of the following diseases?

- Asthma (schwere Atemnot / severe shortness of breath)
- Hepatitis A,B oder C
- Diabetes
- Rheuma / rheumatism
- Anfallsleiden/ seizure disorders (Epilepsie / epilepsy)
- Bluterkrankungen / blood diseases
- Schilddrüsenerkrankung / thyroid disorders
- Blutgerinnungsstörungen / blood clotting disorders
- HIV- Infektion / HIV-infection
- Herzinfarkt, wenn ja, wann/ heart attack, if so, when _____
- TBC / tuberculosis
- Schlaganfall, wenn ja,wann/ stroke, if so,when _____
- Leberkrankheiten / liver diseases
- Lähmungen, wenn ja, welche/ paralysis, if so, please specify _____
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? wenn ja, seit wann/ Do you wear a pacemaker? if so, how long _____
- Raucher /smoker Ja/ Nein yes/no _____
- Einnahme von Milchprodukten? (Käse, Milch, Joghurt, Kefir) / Do you consume milk products? _____
- Einschlafstörungen? Difficulty falling asleep?/ Durchschlafstörungen? Difficulty staying asleep/ Schlaftabletten? sleeping pills? _____
- Sonstige Erkrankungen ? / other diseases ? _____
- Nein es trifft nichts zu / No, nothing applicable

Allergische Reaktionen / Unverträglichkeitenn von Materialien oder Medikamenten ?
Allergic reactions, adverse reaction to materials or drugs

- Ja/ Yes, _____
- Nein / No

Haben Sie Probleme mit dem Blutdruck ? / Do you have any blood pressure problems?

- Ja/ Yes
- zu hoch/ too high
- zu niedrig/ too low
- Nein/ No
- normal

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?/ Do you regularly take medication?

- Ja/ Yes, _____
- Nein / No _____

Besteht eine Schwangerschaft ?/ Are you pregnant?

- Ja/ Yes, _____ Monat/ month
- Nein / No



Hier möchten wir Sie bitten, uns ein paar allgemeine Fragen zu beantworten.
Here we would like to ask you to answer some general questions.

Welche Wünsche und Erwartungen setzen Sie in unsere Behandlung?
Which wishes and expectations do you have regarding our treatment?

Wie schätzen Sie ihre derzeitige Zahnsituation ein?
How would you assess your current dental situation?

Sind Sie an einem regelmäßigen Prophylaxeprogramm für Ihre Zahnerhaltung interessiert? / Are you interested in a regular preventive maintenance program for your teeth?

- Ja, ich bitte um nähere Informationen / Yes, please give me additional information
 Nein / No

Wie viele Kinder unter 18 Jahren leben in Ihrem Haushalt? How many children under 18 years live in your household? Und welches Alter ? And how old are they?

Gibt es Gründe warum Sie sich speziell für unsere Praxis entschieden haben ?
Is there any specific reason why you have chosen our practice?

- Ja/ Yes, _____

Nein / No

bzw. Wer hat uns empfohlen ? / Who recommended us to you?

Kurzfragebogen zur Ermittlung von funktionellen Störungen des craniomandibulären Systems (CMD, Craniomandibuläre Dysfunktionen):
Short questionnaire to determine functional disorders of the temporomandibular system (TMD, Temporomandibular dysfunction):

	Ja/ Yes	Nein/ No
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt ? Do you feel that your bite is not correct?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihre Unterkieferbeweglichkeit eingeschränkt ? Is your lower jaw limited in mobility?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Schmerzen in Ohr- und Kiefergelenkregion? Do you suffer from pain in your ear and jaw joint region?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beobachten Sie Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes oder beim Kauen ? Do you notice any cracking or grating noises while opening or closing your mouth or chewing?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Verspannungen der Nacken- und/ oder Schultermuskulatur? Do you have tension in your neck and / or shoulder muscles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen ? Do you grate or gnash your teeth?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? Do you suffer from headaches or migraines?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus ? Do you suffer from tinnitus or ringing in the ears?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl? Do you have balance problems or dizziness?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie temperaturempfindliche und / oder freiliegende Zahnhälse? Do you have temperature-sensitive teeth and / or exposed necks of the teeth?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Allgemeine Informationen zur Abrechnung unserer zahnärztlichen Leistungen General information about the settlement of our dental services

Privatzahnärztliche- und Leistungen, die nicht über die Krankenversicherungskarte abgedeckt sind, werden von uns über die Hanseatische Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft verwaltet. Für diesen Vorgang benötigen wir Ihr Einverständnis. Ein entsprechendes Formular haben wir beigelegt. Die Kopie behalten Sie bitte für Ihre privaten Unterlagen.

Private Dental services that are not covered by your health insurance card will be managed by us via the Hanseatic Dental billing company. For this handling, we need your consent. A form is attached. Please keep a copy for your personal records.

Datum
Date

Unterschrift des Patienten/ Versicherten
Signature of Patient / Insured

Praxisinterne Hinweise/ Practice specific Information

Terminvereinbarungen bzw. Stornierungen Appointments and cancellations

Sollten Sie ihre vereinbarten Termine nicht einhalten können möchten wir Sie bitten, uns dieses rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) mitzuteilen. Sie geben uns damit die Gelegenheit, rechtzeitig umzudisponieren und eventuell Ausfallzeiten zu vermeiden.

If you are not able to make an agreed upon appointment, we kindly request that you inform us promptly (at least 24 hours in advance). This would then give us an opportunity to reschedule and potentially avoid downtime.

Für fest vereinbarte Termine, die ohne Absage versäumt werden, berechnen wir ein Ausfallhonorar in Höhe der jeweils geplanten Behandlung. Diese Regelung gilt ebenfalls für die vereinbarten Termine zur professionellen Zahnreinigung. (für unverschuldetes Nichterscheinen entfällt diese Regelung)

For fixed appointments which you fail to make without notifying us, we will charge a cancellation fee in the amount of scheduled treatment. This rule also applies to the agreed dates for professional dental cleaning. (However, this does not apply for no-shows which are clearly not the fault of the patient.)

Datum
Date

Unterschrift des Patienten/ Versicherten
Signature of Patient / Insured