

ZAHNÄRZTE

DR. W. SCHLERF DR. C. TÖGEMANN

Name, Vorname Geburtstag Beruf

Mobiltelefon Tel./Fax privat Tel./Fax beruflich

Anschrift E-Mail

Name der Krankenversicherung privat gesetzlich Beihilfe

Name des Versicherten Name des Zahlungspflichtigen

Ihr Anliegen/akute Beschwerden

Wünschen Sie weitere Beratung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> über Farbe, Form, Stellung der Zähne | <input type="checkbox"/> bei Kieferknacken, Knirschen, Pressen |
| <input type="checkbox"/> bei Zahnfleischbluten, Zahnfleischrückgang | <input type="checkbox"/> über nicht sichtbare Füllungen und Kronen |
| <input type="checkbox"/> zu Wurzelbehandlungen mit Mikroskop | <input type="checkbox"/> zu Implantaten |
| <input type="checkbox"/> zu Prophylaxe, Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> bei Zahnlockerungen und größer werdenden Zahnlücken | |

Empfohlen/Überwiesen durch _____

ZERTIFIZIERT IN CMD, ENDODONTIE, IMPLANTOLOGIE, PARODONTOLOGIE

KARLSTRASSE 37 22085 HAMBURG TEL. 22 21 22

WWW.DRES.TOEGEMANN-SCHLERF.DE

ZAHNÄRZTE

DR. W. SCHLERF DR. C. TÖGEMANN

MEDIZINISCHE ANAMNESE

Patient _____ Geboren am _____ in _____

Herz-/Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck ja nein

Herzinfarkt ja nein

Herzklappen-OP ja nein

Ateriesklerose ja nein

Blutungsneigung/Marcumar ja nein

Diabetes ja nein

Allergien ja nein Welche? _____

Asthma, Atemwegserkrankungen ja nein

Magen-, Darm-, Lebererkrankungen ja nein

Hepatitis ja nein

Blasen- und Nierenerkrankungen ja nein

Osteoporose, Arthritis ja nein Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein

Tumorerkrankungen ja nein Welche? _____

Größere Erkrankungen ja nein Wann, welcher Art? _____

HIV positiv ja nein

Psychotherapie ja nein

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen
Behandlung? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit!

Lokale Betäubungen im Mund- und Kieferbereich können Nebenwirkungen haben.
Nach der Behandlung kann Ihre Verkehrstüchtigkeit und Reaktionsweise eingeschränkt sein.

Risiken können ferner das Auftreten einer allergischen - oder Kreislaufreaktion sein.
Bleibende Schäden wie Gefühllosigkeit in der Unterlippe oder dauerhafte Mißempfindungen
treten äußerst selten auf, sind aber nicht auszuschließen.

Hamburg, den

Unterschrift

ZAHNÄRZTE

DR. C. TÖGEMANN DR. W. SCHLERF

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Haben Sie Beschwerden beim Kauen bzw. beim Zubeißen?

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?

Ist Ihre Mundöffnung eingeschränkt? Schmerzen?

Haben Sie immer mal wieder auftretendes Zahnfleischbluten?

Haben Sie fest gestellt, dass Ihre Zähne länger geworden sind?

Sind Sie mit der Helligkeit Ihrer Zähne zufrieden?

Stören Sie vergilbte Füllungen und dunkle Kronenränder?

Zeigen Sie gerne Ihre Zähne?

Stören Sie schiefe Zähne im sichtbaren Bereich?

ZERTIFIZIERT IN ENDODONTIE, IMPLANTOLOGIE, PARODONTOLOGIE

KARLSTRASSE 37 22085 HAMBURG TEL. 22 21 22

WWW.DRES.TOEGEMANN-SCHLERF.DE