

# Dr. Dr. med. Wilfried Kamp M.Sc., Dr. Dr. med. Thomas Phielepeit & Partner

Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Plastische Operationen    Implantologie    Parodontologie

**Sehr geehrte Patientin ! Sehr geehrter Patient !**

**Bitte helfen Sie uns, mit der Beantwortung folgender Fragen einen zügigen und erfolgreichen Behandlungsablauf zu ermöglichen.**

Ich möchte behandelt werden von:  Dr. Kamp     Dr. Phielepeit     Dr. \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_    Telefon beruflich: \_\_\_\_\_

Falls Sie nicht selbst versichert (Familienangehöriger) sind, Name, Vorname, Geburtsdatum des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
(erforderlich für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Abrechnung und ärztlichen Dokumentation im EDV-System gespeichert werden. Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht.

**Für gesetzlich Krankenversicherte:** Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und verpflichte mich, die erforderliche Krankenversichertenkarte für das jeweilige Quartal innerhalb von 10 Tagen vorzulegen.

Ich bin damit einverstanden, dass anderenfalls für die Behandlung eine private Berechnung erfolgt.

**Wo erforderlich, ziehen wir Ärzte anderer Fachrichtungen (z.B. Pathologen, Narkosearzt, Radiologe) konsiliarisch hinzu. Diese Ärzte verantworten ihre Tätigkeit ausschließlich selbst.**

**Beim Anfertigen einer Röntgenaufnahme bieten wir Ihnen die Ausstellung eines Röntgenpasses an.**

Falls privat versichert:

Abweichende Rechnungsadresse: \_\_\_\_\_

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Hamburg, den \_\_\_\_\_    Unterschrift \_\_\_\_\_

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ?  Ja

### Herz / Kreislauf:

- hoher Blutdruck
  - niedriger Blutdruck
  - Angina pectoris
  - Herzinfarkt
  - Herzschwäche
  - Herzfehler
  - Herzmuskelentzündung
  - Herzklappenentzündung
  - künstliche Herzklappe
  - Rhythmusstörungen
  - Herzschrittmacher
- oder \_\_\_\_\_

### Gefäße:

- Schlaganfall
  - Thrombosen
  - Durchblutungsstörungen
  - Krampfadern
- oder \_\_\_\_\_

### Blut:

- Gerinnungsstörungen
  - auch bei Blutsverwandten
  - Nachbluten nach Operationen
  - häufiges Nasenbluten
  - blaue Flecken auch ohne Verletzungen, bzw. nach leichter Berührung
- oder \_\_\_\_\_

### Leber:

- Fettleber
  - Leberzirrhose
  - Hepatitis     A     B     C
  - Gelbsucht
  - Gallensteine
- oder \_\_\_\_\_

### Nieren:

- Nierensteine
  - Nierenentzündung
  - Dialysepflichtig
- oder \_\_\_\_\_

### Magen / Darm:

- Verdauungsstörungen
  - Sodbrennen
  - Refluxkrankheit
  - Geschwür
- oder \_\_\_\_\_

### Augen:

- Grüner Star
  - Grauer Star
  - starke Einschränkung der Sehkraft
  - Blindheit
- oder \_\_\_\_\_

**Bitte wenden ! →**

Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen !

**Atemwege / Lungen**

- chronische Bronchitis
  - Lungenentzündung
  - Tuberkulose
  - Asthma
  - COPD
  - Lungenemphysem
  - Schlafapnoe
  - Schnarchen Sie ?
- oder
- 

**Skelettsystem / Knochen:**

- Osteoporose
  - Gelenkerkrankungen
  - künstliche Gelenke
  - Muskelerkrankungen
  - Fibromyalgie
- oder
- 

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten** behandelt ?  
Wegen welcher Erkrankung ?
- 

Wann und mit welchem Präparat ?

---

**Stoffwechsel:**

- Zuckerkrankheit:
    - Diabetes mellitus Typ I
    - Diabetes mellitus Typ II
  - Schilddrüsenunterfunktion
  - Schilddrüsenüberfunktion
- oder
- 

**Nerven / Gemüt:**

- Krampfanfälle (Epilepsie)
  - Lähmungen
  - Depressionen
  - Angstzustände
- oder
- 

**Allergien, z.B.:**

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
  - Antibiotika
  - Schmerzmittel
  - Jod
  - Latex (z.B. in Gummihandschuhen)
  - Metalle
- oder
- 

- Allergiepass vorhanden
- 

**Immunschwäche:**

- Einnahme von Cortison
  - Zustand nach Organtransplantationen
  - AIDS, HIV
  - Bestrahlung, Chemotherapie
  - Blutkrebs
- oder
- 

**Andere Erkrankungen oder Behinderungen:**

- Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs
- oder
- 

**Weitere Angaben:**

- Sind Sie Schwanger ?**  
Welche Schwangerschaftswoche ?
- 

- Rauchen Sie ?**  
Wie viel durchschnittlich pro Tag ?
- 

- Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört ?  
Vor wie viel Monaten / Jahren ?
- 

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol ?**  
 Regelmäßig ? Wie viel ?
- 

**Gerinnungshemmende Medikamente:**

- Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.
  - Aspirin® / ASS®
  - Marcumar® / Phenprocoumon
  - Plavix® / Iscover® / Clopidogrel
  - Ticlopidin
- oder
- 

**Regelmäßige Medikamente:**

- Blutdruckmedikamente
  - Herzmedikamente
  - Schmerzmittel
  - Rheumamittel
  - Psychopharmaka
  - „Antibabypille“
  - Antidiabetika
- welche ?
- 

- Konsumieren Sie regelmäßig Drogen ?**  
welche ?
- 

- Antibiotika in den letzten 3 Monaten**
- 

- Ständige ärztliche Behandlung**  
weshalb ?
- 

- Letzte zahnärztliche Untersuchung**  
wann ?
- 

**Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei**

- Spritzen
  - Medikamenten
- welche ?
- 

**Auffälligkeiten im Mund- / Zahnbereich:**

- temperaturempfindliche Zähne
  - Zahnfleischbluten
  - Stellungsveränderungen der Zähne
  - Zahnspange in der Vergangenheit
  - häufig durch den Mund atmen
  - Zahnverlust durch Karies
  - Zahnverlust durch Zahnlockerung
- oder
- 

- Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung / Zahnfleischbeschwerden**  
welche Behandlung ?
- 

- „Parodontose“-Behandlung durchgeführt**  
Wann ?
- 

**Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Mein <b>Zahnarzt</b> ist (Name / Adresse): _____
Außerdem bin ich derzeit beim Facharzt für _____
in Behandlung (Name / Adresse): _____
<b>Vom Arzt auszufüllen.</b> Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen: