

# **PRAXIS AN DER ALSTER**

**Dr. Harold Eymmer**

Zahnarzt

Lehrbeauftragter der Universitätsklinik Hamburg UKE a.D.

---

## **Anmeldebogen**

---

**Ihr Name:**

**Ihr Vorname:**

**Ihr Geburtsdatum:**

**Ihre Adresse:**

*(Strasse )*

*(Plz. und Stadt)*

---

**Ihre Telefonnummer, wo wir Sie am besten erreichen:**

**Weitere Nummern, wo wir Sie auch erreichen können:**

**Eine Faxnummer für schriftliche Kontakte:**

**email Adresse Tagsüber / abends:** /

**Ihre Versicherung:**  **freiwillig versichert?**

**Wo Zusatzversichert?**

**Ihr Beruf (wenn Sie es uns mitteilen mögen):**

**Körperhaltung im Beruf:**

**Von wem wurden wir Ihnen empfohlen / von wem wurden Sie überwiesen:**

**Bitte weiter auf der nächsten Seite!**

**Bitte ankreuzen oder ausfüllen, danke!**

**Was ist Ihr Anliegen, was haben Sie für Probleme, womit können wir Ihnen helfen?**

**Einfache zahnärztliche Kontrolle?**

**Fragen zu bestimmten Problemen, zweite Meinung?**

**Wunsch nach Gesamtbehandlung?**

**Kiefergelenksproblematik, CMD?**

**Schmerztherapie?**

**Umweltzahnmedizin, Ausleittherapien, Amalgamentfernung?**

**Ganzheitliche Behandlung?**

**Herd- /Störfeld Therapie?**

**Implantat-Behandlungen?**

**Knochenaufbau?**

**Ästhetische Verbesserungen / Korrekturen?**

**Zahnersatz?**

**Parodontitis-Behandlung, Prophylaxe?**

**Laserbehandlungen?**

**Akupunktur / Mundakupunktur?**

**Osteopathie ?**

**Andere Anliegen bitte hier notieren:**

---

---

---

**DANKE!**

**Wir sind eine reine Bestellpraxis (nur reservierte Termine).**

**Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens zwei Tage vorher abzusagen.**

**(per Telefon oder auch gerne Fax )**

**Unsere Ausfallzeit können wir Ihnen sonst in Rechnung stellen.**

**Wir und unsere anderen Patienten danken Ihnen dafür!**

**Bitte weiter auf unseren Anamnesebögen!**

## **Anamnese / Fragebogen Ihrer Vorgeschichte**

---

**Wir benötigen noch einige Angaben über Ihren allgemeinen und speziellen Gesundheitszustand und ihre Vorgeschichte.**

**Je mehr wir vorab wissen, desto besser können wir Ihnen helfen! Danke!**

**Einfach vor der Frage ankreuzen (dahinter Notizen machen) bitte!**

---

**Hatten Sie Unfälle, Stürze ( auch harmlose)? Worauf gefallen?**

**Autounfälle, Sportverletzungen?**

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen / Migräne?            Wie oft?            Wo?**

**Haben Sie Verspannungen im Nacken- / Schulter- / Halsbereich?  
Wie oft?**

**Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall, `Hexenschuss`?            Wo?  
Wann?**

**Haben Sie Haltungprobleme (Beckenschiefstand, unterschiedl.  
Beinlänge) ?**

**Haben / hatten Sie Gleichgewichtsstörungen oder  
Schwindelgefühle?**

**Leiden Sie unter Ohrgeräuschen / Tinnitus / Ohrensausen (auch  
früher!)?**

**Haben Sie Angstgefühle / Depressionen?**

**Leiden Sie an Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzern,  
Einschlaf- / Durchschlafstörungen etc)?            Uhrzeit  
des Aufwachens?**

**Haben Sie Sehstörungen?  
Wahrnehmungsstörungen?**

**Haben Sie Probleme mit den Füßen,  
zB. Ballen, Hall. Valgus, Fußsohlen, beim langen Gehen / Stehen)?**

***Spezielle Fragen zu Ihrer Geburt und Säuglingszeit, wenn Sie es  
wissen:***

**Wie lange dauerte Ihre Geburt?    sehr kurz (zB.1Std.)            sehr lang  
(zB.20Std.)**

**War Ihre Mutter am Wehentropf?**

**Kaiserschnitt?**

**War Ihre Geburt ‚zu früh‘ oder ‚zu spät‘ ?**

**Welche Lage hatten Sie im Bauch Ihrer Mutter bei der Geburt?**

**Sind Sie sofort auf der Intensivstation behandelt worden?**

**Wurde etwas über Ihre Gesichtsfarbe berichtet direkt nach der Geburt?**

**Hat Ihre Mutter Sie gestillt?**

**Wie lange ?**

**Rechte und linke Seite gleich?**

**Haben Sie geschnullert?  
genuckelt?**

**Wie lange?**

**Oder am Daumen**

**Gab es Schwierigkeiten beim Stillen?  
haben Sie?**

**Welche Impfungen**

- wollte nicht
- konnte nicht
- keine Milch

**Waren Sie ein Schreikind/ Weinkind?**

**Waren Sie ein sehr ruhiges Kind?**

**Wann konnten Sie Robben?**

**Gab es Probleme?**

**Wann konnten Sie gehen?  
(z.B. Vorfußlaufen?)**

**Gab es Probleme?**

**Wann konnten Sie Sprechen?**

**Gab es Probleme?**

**War Ihre Sprache klar?  
Sequenzen sprechen?**

**Konnten Sie Sätze und**

**Konnten Sie grade in der Zeile schreiben?**

**Haben Sie gerne gelesen?**

**Haben Sie (welchen) Sport gemacht?  
auch?**

**Ballspiele**

**Weitere Fragen zur jetzigen Situation:**

**Machen Sie jetzt Sport?**

**Welchen?**

**Sind Sie morgens sofort topfit?**

**Haut: Sonnenempfindlich?**

**Ekzeme/Tumoren?**

**Ist Ihnen im Sommer das Licht oft zu hell?**

**Bekommen Sie ggf. abends Kopfdruck / Schmerzen?**

**Strengen Sie viele Geräusche / Umgebung / Menschen an?**

**Können Sie diese manchmal nicht auseinander halten/wahrnehmen?**

**Sind Ihre Augen manchmal angestrengt/müde?**

**Wann?**

**Leiden Sie unter Schmerzen der Ohr- / Kiefergelenkregion?**

**Ist Ihre Unterkieferbeweglichkeit eingeschränkt (z.B. Mundöffnung)?**

**Beobachten Sie Knack- / Reibgeräusche beim Öffnen / Schließen des Mundes?**

**Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?**

**Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?**

**Ist eine Schiene vorhanden?**

**Haben Sie Probleme beim Sprechen, Gähnen, Kauen?**

**Fühlen Sie sich gelegentlich oder oft Stressbelastungen ausgesetzt?**

**Sind Sie in therapeutischer Behandlung (Körpertherapie, Psychotherapie, o.Ä.)?**

**Haben Sie Narben, Gefühlsstörungen?**

**Wo?**

**Hatten Sie Zahnspangen, kieferorthopädische Behandlungen?**

**Welche Apparaturen sind benutzt worden?**

**Materialien?**

**Wie alt ist Ihr Zahnersatz / Ihre Krone / n (wenn vorhanden)?**

**Woraus besteht der Zahnersatz?**

**Legierungen / Materialpass vorhanden?**

**Haben Sie einen Legierungspass Ihrer Kronen / Inlays?**

**Haben Sie Probleme mit diesem Zahnersatz?**

**Haben Sie / hatten Sie Amalgam-Füllungen?**

**Ist eine Schwermetall-Ausleittherapie gemacht worden? Wie?**

**Haben Sie Metallgeschmack? Zungenbrennen?**

**Trockenen Mund?**

**Haben Sie: Tätowierungen? Piercing (wo)?**

**Osteosyntheseplatten? Kupferspirale?**

**Gibt es / gab es Nebenhöhlenprobleme?**

**Operationen an / in der Nase?**

**Vertragen Sie Alkohol?**

**Reagieren Sie auf Medikamente besonders gut / schlecht?**

**Gab es Unverträglichkeiten auf Medikamente?**

**Gab es Pilzinfektionen? Wo? Öfter?**

**Haben Sie Zahnfleischbluten? Wobei? Wo?**

**Wurden Sie parodontosebehandelt? Wann? Wie  
(chirurgisch/konservativ)?**

**Sind Sie prophylaxebehandelt worden (PZR)?**

**Dauer der Sitzungen?**

**Gibt es Kieferröntgenaufnahmen von Ihnen?**

**Wo können wir diese anfordern? (Adresse bitte)**

**Rauchen Sie? Wie viel?**

**Oder früher geraucht?**

**Haben Sie Allergien? Welche ?**

**Auf Schmuck, Mode, Medikamente, Gold, Silber, Nickel ?**

**Gibt es / gab es Asthma?**

**Infekte / Husten / Schnupfen häufiger?**

**Auch früher?**

**Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

**Welche?**

**Gibt es Dinge / Materialien, die Sie nicht vertragen?**

**Haben Sie Magen- / Darmprobleme ?**

**Verstopfungen / Durchfälle / Blähungen / Colitis / M. Crohn?**

**Haben Sie Diabetes?**

**Wie eingestellt?**

**Seit wann ?**

**Heißhunger / Appetitlosigkeit?**

**Wonach und wann?**

**Haben Sie Rheuma oder Osteoporose?**

**Seit wann?**

**Womit behandelt?**

**Gibt es Hautekzeme / Haarausfall?**

**Werden Sie hormonell behandelt?**

**Womit, seit wann?**

**Haben Sie Stoffwechselstörungen, Blutgerinnungsstörungen?**

**Schilddrüsen Über- / Unterfunktion, Hashimoto?**

**Eingestellt wie?**

**Seit wann?**

**Leiden Sie an Herzkrankheiten?**

**Herzfehler?**

**Vorangegangene Op's?**

**Liegt oder lag eine Infektionskrankheit vor (z.B. Hepatitis, HIV, andere)?**

**Haben oder hatten Sie eine Tumorbehandlung?**

**Was für Tumor?**

**Hatten Sie Chemotherapie?**

**Unverträglichkeiten?**

**Nebenwirkungen?**

**Nehmen Sie Medikamente? Welche ? -----**

-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

**Gab es Nebenwirkungen, Überreaktionen bei Medikamenten /  
Spritzen, etc?**

**Wurden umweltmedizinische Untersuchungen gemacht?**

**ZB: Ltt , BDT, Effektorzellen, Unverträglichkeitstests anderer Art?**

**Bitte alle Ergebnisse mitbringen!**

**Bitte auch Röntgenbilder von Ihren Zahnärzten, MRT, CT, alle  
radiologischen Untersuchungen anderer Ärzte (nicht nur Befunde!)  
mitbringen!**

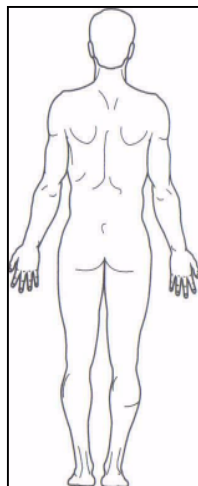
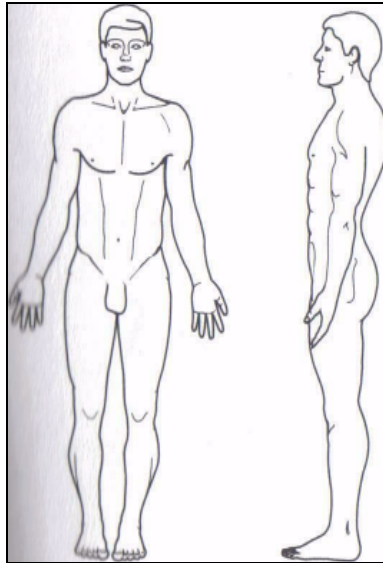
**Leiden Sie an einer anderen Krankheit?**

**Für Patientinnen: besteht eine Schwangerschaft?      Wenn ja,  
welche Woche ?**

**Möchten Sie schwanger werden (und es klappt nicht)?**



**Bitte zeichnen Sie bei den Figuren an, wo Sie Schmerzen oder Probleme haben**



**Weiterer Platz für persönliche Anmerkungen und Hinweise für uns:**

---

**Hinweis:**

**Wir arbeiten interdisziplinär in einem Netzwerk in Hamburg (und Deutschland) mit vielen Ärzten sehr intensiv zusammen. Sie können mit Ihren ganzen medizinischen Problemen uns ansprechen, wir haben für fast jedes Problem einen adäquaten Partner, der Ihnen hoch qualifiziert hilft. Und das unproblematisch, ohne lange Anmeldezeiten, ohne bürokratische Hürden.**

**Willkommen bei uns! Wir freuen uns auf Sie!**

**Ihr Praxisteam an der Alster: Dr. Harold Eymer + Team**

**Mit der Weitergabe meiner Daten an eine/ n Praxisnachfolger/ in bin ich einverstanden.**

**Betäubungsspritzen und Anästhesien beeinträchtigen die Fahrtauglichkeit und Reaktionsfähigkeit!**

**Nicht eingehaltene und nicht abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Termine bitte mindestens 2 Tage vorher absagen.**

-----

-----  
**Datum**

**Unterschrift (Patient)**