



Anamnesebogen

Patient

Name / Vorname _____ geboren am _____

Straße / Nummer _____

PLZ / Ort _____

Telefon (tagsüber) _____ Telefon (mobil) _____

E-Mail _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Krankenkasse/Krankenversicherung

Name der Krankenkasse _____

Versicherter (falls abweichend)

Name / Vorname _____ geboren am _____

Hausarzt

Name _____

Telefon _____

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz Beratung
 Schmerzbehandlung „zweite“ Meinung
 andere Gründe

Durch wen wurden wir empfohlen:

Name _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

- ja nein

Möchten Sie von uns per Post an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

- ja nein

Gesundheitsbogen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte wir Sie diesen Gesundheitsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Zahn-Mund-Situation

- Zahnfleischbluten ja nein
- Zahnfleischrückgang ja nein
- Geräusche im Kiefergelenk ja nein
- Schmerzen am Kopf oder im Nacken ja nein
- Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? ja nein
- Vor _____ Monaten

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Herz- Kreislauf-Erkrankungen ja nein
- Hoher oder niedriger Blutdruck ja nein
- Asthma ja nein
- Lebererkrankungen (Gelbsucht/Hepatitis) ja nein

Wenn ja, welcher Typ Hepatitis

- A B C

- Schilddrüsenerkrankungen ja nein
- Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“) ja nein
- Rheuma ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Allergien [Allergiepass?] ja nein

Wenn ja, welche? _____

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grüner Star ja nein
- Osteoporose ja nein
- Krebserkrankung ja nein
- HIV ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente (Marcumar/ASS)
- andere Medikamente

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten

gegen Spritzen/Anästhetika aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Datum / Ort

Unterschrift
