

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sehr sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht StGB § 203 und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bitte teilen Sie uns in Zukunft Veränderungen dieser Angaben rechtzeitig vor Behandlungsbeginn mit.

PATIENT

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	Mobil	E-Mail	Beruf
Krankenkasse		Zusatzversicherung	

VERSICHERTER (FALLS ABWEICHEND VOM PATIENTEN)

Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	Mobil	E-Mail	Beruf
Krankenkasse		Zusatzversicherung	

WIE SIND SIE VERSICHERT? GKV (gesetzlich-pflichtversichert) GKV (freiwillig) PKV (privat)

HABEN SIE EINE PRIVATE ZAHNZUSATZVERSICHERUNG? Nein Ja, Name der Versicherung _____

SIND SIE BEIHILFEBERECHTIGT? Ja Nein

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

auf Empfehlung von _____ Website _____
 Suchmaschine _____ Empfehlungsportal _____ sonstige _____
(Telefonbuch, Anzeige etc.)

MÖCHTEN SIE GERNE AN IHREN NÄCHSTEN VORSORGETERMIN ERINNERT WERDEN? Ja, per: E-Mail Post Telefon

HABEN SIE EIN REGELMÄSSIG GEFÜHRTES BONUSHEFT? Ja Nein

MÖCHTEN SIE EIN RÖNTGENNACHWEISHEFT? Ja Nein

GESUNDHEITSPRAGEN

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?
Bitte ausfüllen oder ankreuzen.

HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN

Ja Nein

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Herzklappenersatz / -fehler
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher
- Endokarditis
- Im Besitz von einem Herzpass
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt, wann? _____
- Schlaganfall
- Gerinnungsstörung

sonstige: _____

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Ja Nein

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Magen-Darm-Erkrankung
- Schilddrüsenerkrankung

sonstige: _____

AUGENERKRANKUNGEN

Ja Nein

- Grüner Star (Glaukom)

sonstige: _____

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Ja Nein

(z. B. Depressionen, Epilepsie / Krampfleiden)

sonstige: _____

BLUTERKRANKUNGEN

Ja Nein

- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

sonstige: _____

ALLERGIE / ÜBEREMPFINDLICHKEIT

Ja Nein

- gegen Medikamente (z. B. Penicillin, Schmerzmittel)
- Latex Jod Spritze / Lokalanästhesie Metalle

sonstige: _____

BESITZEN SIE EINEN ALLERGIEPASS?

Ja Nein

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Ja Nein

- Hepatitis (Leberentzündung, Gelbsucht)
- Tuberkulose
- AIDS / HIV

sonstige: _____

TUMORERKRANKUNGEN

Ja Nein

Welche? _____

- Bestrahlung im Kopf- / Halsbereich, Chemotherapie

sonstige: _____

ANDERE ERKRANKUNGEN

Ja Nein

(z. B. Nierenerkrankung, Rheuma / rheumatoide Arthritis, Osteoporose, Asthma o.a.)

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄSSIG EIN?

(z. B. blutverdünnende Medikamente, Blutdrucktabletten):

NEHMEN ODER NAHMEN SIE BISPHOSPHONATE EIN?

Ja Nein

Welche und wie? _____

RAUCHEN SIE REGELMÄSSIG?

Ja Nein

TRINKEN SIE REGELMÄSSIG ALKOHOL?

Ja Nein

Wenn ja, wie viel: _____

LEIDEN SIE AKTUELL UNTER ZAHNFLEISCHBLUTEN? Ja Nein

WURDE BEREITS EINE PARODONTITISBEHANDLUNG

DURCHGEFÜHRT?

Ja Nein

Anzahl pro Jahr: _____

ERFOLGEN REGELMÄSSIGE PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNGEN?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Rhythmus: _____

WELCHE MUNDHYGIENEARTIKEL NUTZEN SIE?

(z. B. Mundspüllösung, Zahnseide / Interdentalbürstchen, Zungenreiniger): _____

NUTZEN SIE EINE ELEKTISCHE ZAHNBÜRSTE?

Ja Nein

FÜR FRAUEN: BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT? Ja Nein

Wenn ja, SSW: _____

Sind Sie z. Zt. wegen einer der Krankheiten in ärztlicher Behandlung, nennen Sie uns bitte Namen und Adresse des behandelnden Arztes:

Wann wurden Sie das letzte Mal im Bereich der Zähne geröntgt?

Datum, Unterschrift des Patienten