



ANAMNESEBOGEN

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnärztlichen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Telefon (privat)

PLZ

Ort

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse oder Versicherung

Name Hausarzt

Telefonnummer Hausarzt

Vorheriger Zahnarzt

Familienversicht bei:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Von Kassenpatienten benötigen wir die Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt uns die Karte 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach GOZ.

Möchten Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert werden? ja nein

Sollen wir Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnern? ja nein

Sollen wir Sie über neuere, bessere zahnmedizinische Möglichkeiten informieren auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ja nein

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? ja nein

Von wem?

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch?

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine privat in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.





Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung

Datum

Sind sie in Orthopädischer Behandlung ja nein

Erkrankung

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ja nein

Erkrankung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Medikamente

ALLERGIEN

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht der Verdacht einer Empfindlichkeit

Materialien, Medikamente usw.

Besitzen Sie einen Allergiepass ja nein

RÖNTGEN

Wurden Sie bereits im Kopf-Kiefer, Zahnbe- reich geröntgt ja nein

Monat / Jahr - Bitte unbedingt angeben!

Möchten Sie einen Röntgenpass erhalten ja nein

HERZKREISLAUFERKRANKUNGEN

Herzasthma, Angina Pectoris ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ja nein

Zu hoher Blutdruck ja nein

Zu niedriger Blutdruck ja nein

Sonstiges

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Magen-Darm-Erkrankung ja nein

Schilddrüsen-Überfunktion ja nein

Schilddrüsen-Unterfunktion ja nein

Sonstiges

BLUTERKRANKUNGEN

Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein

Sonstiges

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis A/B) ja nein

Tuberkulose ja nein

HIV ja nein

Sonstiges

WEITERE ANGABEN

Rauchen Sie ja nein

Sind Sie Drogen- oder alkoholabhängig ja nein

Sind Sie schwanger ja nein

Schwangerschaftswoche

Leiden Sie unter Mundgeruch ja nein

Besitzen Sie Zahnersatz ja nein

Alter des Zahnersatzes

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben umgehend mit. Bitte beachten Sie, dass Medi- kamente (auch Betäubungsspritzen) Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Sie dürfen nicht aktiv im Straßenverkehr teilnehmen. In seltenen Fällen kann es durch eine Anästhesie im Unterkiefer zu einer Nervverletzung des Nervus lingualis oder Nervus mandibularis kommen. Dies hätte einen vorübergehenden oder in sehr seltenen Fällen auch dauerhaften Sensibilitätsverlust des jeweiligen Unterkieferbereichs/ Zunge zur Folge.

Datum

Unterschrift