

Anamnesebogen



Persönliche Angaben

Herr Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherungsnehmer /in Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Telefon _____

E-Mail _____ Mobil - Tel. _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse /
Private Krankenversicherung _____

beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Wer hat uns empfohlen?

Allgemeine Situation	ja	nein	Zahn-Mund-Situation	ja	nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			Kopf- / Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Tragen Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann? _____		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen (z.B. verlängerte Blutung bei Schnittwunden oder nach Operationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam grundsätzlich ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis/TBC/HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche? _____					

Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____					

Bitte wenden! Weitere Fragen
finden Sie auf der Rückseite.

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? _____

bei Zahnarzt/
Zahnärztin _____

Straße/Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Welche Wünsche haben Sie an Ihre Behandlung?

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja, ich bin in der _____ Woche.

Nein

Zum Schutz des ungeborenen Lebens bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Tauglichkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres in diesem Bogen angegebenen Gesundheitszustandes anzugeben.

Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen durch den gesetzlichen Vertreter)
