



Anamnese-Formular - Seite 1

Patient (Name, Vorname):		geb.:	
Anschrift:			
Tel.-Nr.:			
Mobil:			
E-Mail:			
Tel. dienstl.:			
Versicherter (Name, Vorname):		geb.:	
Name der gesetzlichen Krankenkasse:			
Haben Sie eine Zusatzversicherung?			
Name der Privatversicherung:			
Basistarif? Nur bei PKV:			

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen!

Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
HIV, AIDS	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Glaukom, erhöhter Augeninnendruck	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?				
Hatten Sie jemals eine Kieferhöhlenentzündung?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?				
Rheuma, Gelenkschwellung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Arthrose	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Hormonelle Störung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?				
Haben Sie Gelenkprothesen oder andere Implantate?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was genau?				

- bitte wenden -

Anamnese-Formular - Seite 2

Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Bypass	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck, Wert:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Blutarmut (Anämie)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Bluterneigung (Hämophilie)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?				
Diabetes (Zuckerkrankheit), tagesaktueller Wert:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Blasen-Nieren-Erkrankung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Allergien auf Medikamente	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:				
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 2 Jahren geraucht?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Werden oder wurden Sie in der letzten Zeit ärztlich behandelt?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wegen welcher Krankheit?				
Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes:				

Ich bin damit einverstanden, dass ich – falls notwendig – eine Lokalanästhesie (lokale Betäubung) erhalte. Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.

Sind Sie an einer Erinnerung an die Vorsorgeuntersuchung (Bonusheft) interessiert?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wie möchten Sie erinnert werden?	Telefon	<input type="checkbox"/>	SMS	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an unserer professionellen Zahnreinigung (Prophylaxe) interessiert?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters

Wichtige Information

Wir führen eine Bestellpraxis und versuchen stets, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten.

Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können und diesen nicht 24 Std. vor der Behandlung abgesagt haben, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten für die reservierte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen.

Datum, Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters