

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis,

um Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zukommen zu lassen,
bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name	_____	Telefon privat	_____
Vorname	_____	geschäftlich	_____
geboren am	_____	mobil	_____
Geburtsort	_____	E-Mail	_____
Straße & Hausnummer	_____	Beruf	_____
PLZ & Wohnort	_____	Krankenkasse	_____
		Zusatzversicherung	_____

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns?
Kontrolluntersuchung
Schmerzen
Fragen / Zweitmeinung

Sonstiges _____

Sind Sie zur Zeit oder auch regelmäßig in
ärztlicher Behandlung? nein ja

Bei welchem Arzt, ggf. wegen welcher
Behandlung? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig
ein?

Seit wann? _____

Allergien gegen Medikamente, andere Stoffe?
nein ja

Gegen _____
(Allergiepass bitte vorlegen)

Haben Sie Bisphosphonate (z.B. Alendronsäure)
eingenommen? nein ja

Wann? _____

Wann wurden zuletzt Ihre Zähne geröntgt?

am _____ bei _____

(Röntgenpass bitte vorlegen)

Sind Sie schwanger? nein ja

Rauchen Sie? nein ja

Wie viele ca.? _____

Sollen wir Sie an Ihre Vorsorgetermine
erinnern? nein ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Allgemeine Erkrankungen

Kreislaufkrankungen nein ja

Herzerkrankung nein ja
Welche? _____
(Herzschrittmacher, Stunt etc.,
Herzpass bitte vorlegen)

Blutgerinnungsstörungen nein ja
Nehmen Sie Marcumar, ASS
oder ähnliches ein? nein ja

Lungenerkrankungen nein ja
(Bsp.: Asthma, COPD etc.)
Welche? _____

Schilddrüsenerkrankung nein ja

Rheuma nein ja

Epilepsie nein ja

Schlaganfall nein ja
Wann? _____

Diabetes nein ja
Welcher Typ I, II ?

Nierenfunktionsstörungen nein ja

Magen-, Darmerkrankungen nein ja

Gelbsucht / Hepatitis nein ja
 A B C

HIV, AIDS nein ja

Tuberkulose nein ja

Infektionserkrankungen nein ja

(Bsp.: MRSA (Krankenhauskeim)

Andere Erkrankungen nein ja

Welche? _____

(Bsp.: Zustand nach Chemo-, Strahlentherapie etc.?)

Zahn-, Mund-, Kiefersituation

Zahnfleischbluten nein ja

Kiefergelenks-,Reibe-, Knackgeräusche
bei der Mundöffnung? nein ja

Schmerzen im Kopf-, Nackenbereich?
 nein ja

Sind Sie mit der Stellung / Farbe / Form
Ihrer Zähne zufrieden? nein ja

Tragen Sie Zahnersatz? nein ja
(Kronen, Brücken, Prothesen)

Wie alt ist der Zahnersatz?

Wünschen Sie weitere Informationen über:

Zahnreinigung (Prophylaxe)

Zahnaufhellung (Bleaching)

Implantate / Zahnersatz

Behandlung in Vollnarkose

Sonstiges

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die
Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung /
Anästhesie eingeschränkt ist!

**Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis
wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen sehr
gerne zur Verfügung!**

ÄRZTE HAUS
AM LINTORFER TOR

Ort, Datum

Unterschrift Patient (bzw. gesetzlicher Vertreter)