

Anamnesebogen



**Zahnarzt
Chr. Zetzsch**
Moderne Zahnmedizin
und Implantologie

Liebe Patientin, lieber Patient,
Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Behandlungsunterlagen angefügt.
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name: Vorname:
Geburtsdatum:
PLZ, Ort: Strasse, Nr:
Telefon privat: Telefon dienstlich:
Emailadresse:
Beruf: Arbeitgeber:
Krankenkasse: Zusatzversich.:

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Betreuer (falls vorhanden)

Name, Vorname: Telefon:

Versichertenverhältnis

☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Beihilfeberechtigt ☐ Basistarif

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: Telefon:

Warum suchen Sie uns auf?

☐ Vorsorgeuntersuchung ☐ Professionelle Zahnreinigung ☐ neuer Zahnersatz
☐ Beratung ☐ Bleaching (Zahnaufhellung) ☐ Implantate
☐ Schmerzbehandlung ☐ andere Gründe

Röntgen

Wurden Sie in den letzte 12 Monaten im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, von wem

Bitte wenden

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

Herz-/ Kreislauferkrankungen

Herzschwäche Ja ☐ Nein ☐
Angina Pectoris / Asthma Ja ☐ Nein ☐
Herzschrittmacher Ja ☐ Nein ☐
Herzfehler Ja ☐ Nein ☐
Herzinfarkt Ja ☐ Nein ☐
Hoher Blutdruck Ja ☐ Nein ☐
Niedriger Blutdruck Ja ☐ Nein ☐

Infektionskrankheiten

Hepatitis A, B oder C Ja ☐ Nein ☐
Tuberkulose Ja ☐ Nein ☐
Immunschwäche (HIV / AIDS) Ja ☐ Nein ☐
Stoffwechselerkrankungen
Diabetes Ja ☐ Nein ☐
Schilddrüsenerkrankung Ja ☐ Nein ☐
Wundheilungsstörungen Ja ☐ Nein ☐

Weitere Erkrankungen

Magen-/ Darmerkrankungen Ja ☐ Nein ☐
Nierenerkrankungen Ja ☐ Nein ☐
Atemwegserkrankungen Ja ☐ Nein ☐
Tumorerkrankungen Ja ☐ Nein ☐
Bisphosphonat-Therapie Ja ☐ Nein ☐

Erkrankungen des Nervensystems

Epilepsie Ja ☐ Nein ☐
Ohnmachtsanfälle Ja ☐ Nein ☐
Depressionen Ja ☐ Nein ☐

Allergien

Allergien Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche
Penicillin-Überempfindlichkeit Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche Woche

Rauchen Sie Ja ☐ Nein ☐
Alkoholkonsum Ja ☐ Nein ☐
Drogenkonsum Ja ☐ Nein ☐

Weitere, nicht aufgeführte Erkrankungen

Wenn ja, welche
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Plavix, ASS) ein Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche
Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente / Spritzen aufgetreten Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie daher, vereinbarte Termine einzuhalten. Reservierte, aber nicht von Ihnen spätesten 24 Stunden vorher abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen.

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Erinnerungsservice an. Wenn Sie eine Erinnerung wünschen, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.

☐ per Email ☐ per SMS ☐ Telefonisch

.....
Ort Datum Unterschrift