



zahnarztpraxis gehrden

umfassende zahnheilkunde

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis für umfassende Zahnheilkunde!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen 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 und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Fachgerechte Arbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Falls Sie einen vereinbarten Behandlungstermin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie, uns dies mindestens 24 Stunden vorher mitzuteilen. Bei Langzeitterminen (ab 45 Min. Behandlungszeit) mindestens 3 Tage vorher. Bitte beachten Sie, dass wir berechtigt sind, nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen.

Ihre Silja Fargel

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum (tt/mm/jj)
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	E-mail
Telefon tagsüber	Telefon mobil	Telefon Arbeit
Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon tagsüber
Krankenkasse		

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

Name und Telefonnummer Ihres Arztes:

Wurden Sie im letzten Jahr beim Zahnarzt, Kieferorthopäden oder -chirurgen geröntgt? ja nein

Grund des Zahnarztbesuches: Vorsorge Zahnschmerzen Zahnersatz Zahnfleischbeschwerden
 Mundgeruch Kopfschmerzen Sonstiger

Haben Sie eine Infektionserkrankung? nein TBC AIDS/HIV Hepatitis
 Syphilis MRSA Creuzfeldt-Jakob Andere

Hatten oder haben Sie eine oder mehrere der unten aufgeführten Gesundheitsstörungen? Nein

Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck? Bluthochdruck Niedriger Blutdruck

Herzleiden ja

TBC, Asthma ja

Diabetes ja

Nierenleiden ja

Schilddrüsenerkrankung ja

Lebererkrankung ja

Herzklappenersatz ja

Osteoporose ja

Andere? ja Welche? _____

Schnarchen Sie? ja nein

Wurden bei Ihnen Atemaussetzer bemerkt? ja nein

Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? ja nein

Nehmen Sie derzeit Medikamente? nein ja Welche? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar) ein? ja nein

Nehmen oder nahmen Sie Biphosphonate ein?
(Dieser Wirkstoff ist an der Endung ...dronat bzw. ...dronsäure zu erkennen) ja nein

Ist bei Ihnen eine Allergie/ Medikamentenunverträglichkeit bekannt? ja nein
Wenn ja welche? _____

Sind Sie Raucher? ja nein

Bei weiblichen Patienten: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch _____ Werbung Zeitung Internet Andere

Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verschlechtert hat.

Beachten Sie bitte, daß Medikamente und Betäubungsspritzen Ihre Reaktionsfähigkeit (im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz) beeinträchtigen können.

Ort, Datum, Unterschrift

Aktualisiert: _____
