



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Informationen erfassen wir in einem ausführlichen Anamnesebogen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung haben, helfen wir Ihnen gerne.

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift PLZ _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Telefon _____

E-Mail-Adresse _____ Mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/Versicherung _____

Allgemeine Situation

ja nein

Medikamentenallergie

z.B. Penicillin

Andere Allergien

Herzerkrankungen

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörungen

verlängerte Blutung bei

ja nein

Schnittwunden/nach Operationen

Infektionskrankheiten

(Hepatitis/TBC/HIV)

Schilddrüsenerkrankungen

Diabetes

Stoffwechselerkrankungen

Bestehen bei Ihnen sonstige

Erkrankungen

Wenn ja, welche?

Zahn-Mund-Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang

Geräusche im Kiefergelenk

(z.B. beim Gähnen, Kauen)

Schmerzen am Kopf/Nacken

Tragen Sie Zahnersatz?

wenn ja, seit ca. Jahren

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische

Behandlung durchgeführt worden?

Nehmen Sie Medikamente?

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviel?

Bitte wenden, weitere Informationen finden Sie auf der Rückseite.

Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt? Vor _____ Monaten

Bei Zahnarzt _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Für weibliche Patienten:

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

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Wir sind eine Bestellpraxis. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d.h. möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige oder zu kurzfristige Absage können Ihnen die Ausfallzeiten nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)