



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Versicherte/r \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Privat \_\_\_\_\_

Zahnzusatzversicherung  ja  nein Beihilfeberechtigt  ja  nein

Letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich; wann?

### ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_

Legen Sie Wert auf eine professionelle Zahnreinigung (bei Kassenpatienten Privatleistung)? \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden, wenn Sie kauen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnfleischbluten, -rückgang? \_\_\_\_\_

Machen Ihre Kiefergelenk Geräusche, auf welcher Seite? \_\_\_\_\_

Haben Sie manchmal Schmerzen vor, hinter oder im Ohr? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Kopfschmerzen morgens, mittags, abends? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Verkrampfung oder Ziehen im Kopf, Nacken oder Hals? \_\_\_\_\_

Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund? \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals Beschwerden im Kopf oder Nacken nach einem Unfall? \_\_\_\_\_

Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung (Engstand, Lücken etc.) zufrieden? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch und was wurde gemacht? (nur für Neupatienten) \_\_\_\_\_

Hätten Sie gern hellere Zähne / Füllungen? \_\_\_\_\_

bitte wenden

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie die folgenden Fragen sehr sorgfältig aus. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Allergien		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemsystem (Asthma, COPD)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz-, Kreislaufsystem		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	wann	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutdruckprobleme	zu hoch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zu niedrig <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	wann	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	letzter Vorfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-, Darmtrakt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüse		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Augenerkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Cochlea Implantat		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Erkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft ( _____ Monat)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

---

---

Ich möchte in das Recall-System der Praxis aufgenommen werden  ja  nein

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Wir bemühen uns stets um Pünktlichkeit und erwarten daher, dass auch sie ihre Termine einhalten. Jeder nicht abgesagte Termin bedeutet für uns einen finanziellen Verlust, den wir ihnen ggf. in Rechnung stellen müssten. Aus diesem Grunde möchten wir sie bitten, ihren Termin im Verhinderungsfalle mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Vielen Dank für ihr Verständnis.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_