

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Sind Sie Raucher/in? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat?

Angaben zu Ihrem Anliegen

Ich habe Angst vor dem Besuch beim Zahnarzt ja nein

Datum des letzten Zahnarztbesuches _____

Ich bin zufrieden mit der Gesundheit meiner Zähne, der Stellung meiner Zähne,
 der Form/Farbe meiner Zähne, der Gesundheit meines Zahnfleisches

Ich interessiere mich für eine Betreuung meiner Mundgesundheit,
 eine Korrektur meiner Zahnform-/farbe/-stellung, neue, feste Zähne

Ich leide unter Funktionsstörungen, insbesondere unter Kiefergelenkschmerzen,
 Kaumuskulaturschmerzen, Tinnitus, Kopf-/Nackenschmerzen

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Homepage Jameda Google Persönliche Empfehlung/Sonstige:

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:

Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

Bitte unterschreiben Sie den Anamnesebogen und teilen Sie uns Veränderungen allgemeiner Erkrankungen oder Veränderungen im Medikamentenplan sofort mit.

Odenthal, den

Unterschrift des Patienten
(ggf. gesetzlicher Vertreter)



ZAHNMEDIZIN ANDERDHÜNN

DR. BENJAMIN SCHULTE

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus und unterschreiben Sie diesen. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Angaben zu Ihrer Person

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon Privat _____

Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Hausarzt _____

Ihre Krankenversicherung _____

gesetzliche Krankenversicherung private Krankenversicherung Basistarif

Beihilfe Zahnzusatzversicherung

Ich bin über meinen Ehegatten/meine Eltern versichert

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon Privat _____

Mobil _____

E-Mail _____

Allgemeine Anamnese

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Erkrankungen?

Infektionskrankheiten (AIDS, HIV) ja nein

Lebererkrankungen (Hepatitis) ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Niedriger/hoher Blutdruck ja nein

Diabetes mellitus ja nein

Schlaganfall ja nein

Schilddrüsenfunktionsstörung ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen ja nein

Rheuma ja nein

Asthma/Lungenfunktionsstörung ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Nervenerkrankungen ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Diabetes mellitus ja nein

Knochenschwund/Osteoporose ja nein

Tumorerkrankung ja nein

Sonstige Erkrankungen ja nein

Haben Sie eine Erkrankung des Herzens? Wenn ja, welche? ja nein

Herzinfarkt ja nein

(Angeborener) Herzfehler ja nein

Herzklappenfehler/-prothese ja nein

Endokarditis ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Andere ja nein

Hatten Sie in der Vergangenheit eine:

Organtransplantation

Chemotherapie

Bestrahlung im Kopf-/Halsbereich?

Hatten Sie innerhalb der letzten 2 Jahre einen stationären Krankenhausaufenthalt? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein, die ...

... die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar, ASS)? ja nein

... den Knochenstoffwechsel beeinflussen, sog. Bisphosphonate (z. B. Zometa, Alendronsäure)? ja nein

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? ja nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (z. B. Penicillin, Jod, Latex)? Wenn ja, wogegen? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Wann sind sie das letzte Mal geröntgt worden und welcher Körperbereich war davon betroffen? _____
