

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe.

Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen um Sie umfassend beraten zu können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name / Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail-Adresse

Beruf

Ihr Hausarzt (Name/Adresse/Telefon)

Zusatzversicherung

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

Routinekontrolle Neuer Zahnersatz Beratung

„Zweite Meinung“ Schmerzbehandlung

Anderer Grund: _____

*Bringen Sie den Anamnesebogen ausgedruckt mit zu Ihrem ersten Besuch
oder schicken Sie ihn an uns per E-Mail an kontakt@zahnarzt-in-witzenhausen.de*



Allgemeine Anamnese (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig? | |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Typ I oder II) | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung
(z.B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> Infektiöse Erkrankungen
(HIV, Hepatitis, Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung
(Glaukom, grauer / grüner Star) | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Depressionen | |

Haben Sie **Allergien**? Wenn ja, welche? Ja Nein

Besitzen Sie einen **Allergiepass**? Ja Nein

Nehmen Sie **Bisphosphonate** ein? Ja Nein

Nehmen Sie **Medikamente** ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

Leiden Sie an einer **Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten**?
Wenn ja, welche? Ja Nein

Für unsere Patientinnen: Sind Sie **schwanger**? Wenn ja, welche Woche? Ja Nein

*Bringen Sie den Anamnesebogen ausgedruckt mit zu Ihrem ersten Besuch
oder schicken Sie ihn an uns per E-Mail an kontakt@zahnarzt-in-witzenhausen.de*

Mundgesundheit

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme oder Blutungen beim Zähneputzen? Ja Nein

Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung? Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechten Geschmack im Mund? Ja Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? Ja Nein

Wünschen Sie sich hellere Zähne? Ja Nein

Wünschen Sie eine **Terminerinnerung** für Ihren Prophylaxe-Termin oder die jährliche Kontrolle? Ja Nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift

Bringen Sie den Anamnesebogen ausgedruckt mit zu Ihrem ersten Besuch oder schicken Sie ihn an uns per E-Mail an kontakt@zahnarzt-in-witzenhausen.de