



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb die nachfolgenden Fragen (auch auf der Rückseite dieses Bogens).

Sollten Sie beim Beantworten einzelner fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

A: PERSONALIEN			
Patient:			
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	
Mitglied:			
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	
Anschrift privat:			
PLZ	Ort	Straße	Telefon
Email		Handy	Fax
Anschrift beruflich:			
PLZ	Ort	Straße	Telefon
Email		Handy	Fax
Krankenkasse:	Status	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Gesetzlich	privat
			<input type="radio"/>
			freiwillig

B: ALLGEMEINE ANAMNESE	JA	NEIN
Haben Sie einen Allergiepass?		
Haben Sie Überempfindlichkeiten gegen Medikamente? (Penicillin, Jod ...)		
Wenn ja welche:		
Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?		
Wenn ja welche:		
Leiden Sie an Asthma, Heuschnupfen oder anderen Überempfindlichkeiten?		
Woran?		
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Bluten Sie lange nach Verletzungen?		
Haben Sie Herz- / Kreislauferkrankungen? z.B.		
Unregelmäßiger Herzschlag <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> andere		
Leiden Sie unter Stoffwechselkrankheiten? Diabetes <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/>		
BITTE WENDEN !!!!		

B: ALLGEMEINE ANAMNESE	JA	NEIN
Neigen Sie zu Krämpfen?		
Rauchen Sie?		
Hatten Sie jemals Gelbsucht <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> schweres Rheuma <input type="checkbox"/> ?		
Leiden Sie unter Infektionskrankheiten (z.B. HIV)		
Leiden Sie unter Migräne?		
Haben Sie Magen- / Darmerkrankungen?		
Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche?		

WAS FÜHRT SIE HEUTE ZU UNS?

- KOMMEN SIE ZUR : Beratung oder Kontrolle
- Notfallbehandlung (Zahnschmerzen)
- Sanierung

C: ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE:	JA	NEIN
Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung?		
Haben Sie Beschwerden beim Kauen?		
Gibt es empfindliche oder störende Zähne?		
Haben Sie Zahnfleischprobleme?		
Haben Sie einen Zahn durch Zahnlockerung verloren?		
Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem?		
Halten Sie den Erhalt Ihrer eigenen Zähne für wichtig?		
Wurde bei Ihnen schon eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?		
Fand eine Röntgenuntersuchung statt?		
Wurde schon eine Wurzelbehandlung durchgeführt?		
Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?		
Knirschen Sie mit den Zähnen?		
Leiden Sie unter Spannungskopfschmerz?		
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk, oder in der Ohrumgebung?		
Bestehen häufig Hals- oder Nackenverspannungen?		
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam ?		
1. durch Empfehlung von :	2.Über das Internet ?	
Möchten Sie an die halbjährliche Untersuchung bzw. Prophylaxe erinnert werden?		

Wie schätzen Sie Ihre Zahnpflege ein?

- Sehr gut gut befriedigend ausreichend schlechter

Dankeschön. Das war's.

Datum, Unterschrift