

Patientenangaben

| | | | |
|------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Patient (Name, Vorname) | geb. | | |
| Versicherter (Name, Vorname) | geb. | Ehegatte <input type="checkbox"/> | Mutter/Vater <input type="checkbox"/> |
| Straße | PLZ, Ort | | |
| Telefon | Mobil | | |
| E-Mail | | | |
| Beruf | Arbeitgeber, Telefon | | |
| Krankenkasse | versicherungsstatus: Gesetzlich <input type="checkbox"/> | Privat <input type="checkbox"/> | Freiwillig <input type="checkbox"/> |

Eventuelle Vorerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb erbitten wir einige Angaben. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns **STRENG VERTRAULICH** behandelt.

Allgemeine Anamnese

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche?

Überempfindlichkeit gegen Medikamente? ja nein

Welche?

Leiden Sie an Asthma, Heuschnupfen oder anderen Überempfindlichkeiten? ja nein

Woran?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

Bluten Sie lange nach Verletzungen? ja nein

Haben Sie Herz- Kreislaufkrankungen?
z.B.: Unregelmäßiger Herzschlag Herzschrittmacher

andere

Leiden Sie unter Stoffwechselkrankheiten?
Diabetes Schilddrüse

Neigen Sie zu Krämpfen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Hatten Sie jemals
Gelbsucht Tuberkulose schweres Rheuma

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten
(z.B: HIV)? ja nein

Leiden Sie unter Migräne? ja nein

Haben Sie Magen- / Darmerkrankungen? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zahnärztliche Anamnese

Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? ja nein

Haben Sie einen Zahn durch Zahnlockerung verloren? ja nein

Halten Sie den Erhalt Ihrer eigenen Zähne für Wichtig? ja nein

Wurde bei Ihnen schon eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? ja nein

Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja nein

Wurde schon eine Wurzelbehandlung durchgeführt? ja nein

Wurden Sie Kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Leiden Sie unter Rückenschmerzen? ja nein

Haben Sie regelmäßig Kopfschmerzen? ja nein

Leiden Sie unter Schwindel oder Tinnitus? ja nein

Möchten Sie an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?
Durch Empfehlung von:

Über das Internet? ja nein

Datum / Unterschrift: