

Patientendaten und Anamnese

Bitte füllen Sie möglichst alle Felder aus, damit wir Sie zeitnah kontaktieren können!

Name: Geburtsdatum:

Vorname: Geburtsort (nötig für Röntgen):

Straße: PLZ/Ort:

Tel. privat: Handy: Email:

Arbeitgeber: Beruf: Tel. beruflich:

Straße: PLZ/Ort:

Krankenversicherung: gesetzlich gesetzlich mit Zusatzversicherung privat
 gesetzlich mit Kostenerstattung privat mit Standard-/Basistarif

Hauptversichertendaten bei Familienversicherung bzw. Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen:

Name: Geburtsdatum:

Vorname: Telefon tagsüber:

Straße: PLZ/Ort:

Ich möchte über Nachsorgetermine bzw. noch geplante Behandlungen nicht erinnert werden.

Ich möchte über Neuigkeiten der Praxis und der Zahnmedizin nicht erinnert werden

Schnarchen Sie? ja / nein (Falls Sie „ja“ ankreuzen, bitten Sie an der Rezeption um den erweiterten Bogen)

Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit oder Konzentrationsmangel oder wachen Sie nachts oft auf? ja / nein

Finden Sie Ihre Zähne zu schief? ja / nein

Finden Sie Ihre Zähne zu dunkel? ja / nein

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann!

Bitte wenden

Um Ihnen eine sichere Behandlung gewährleisten zu können, benötigen wir genaue Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte geben Sie zu den Antworten, die Sie mit „ja“ ankreuzen, genauere Angaben (welche Erkrankung, Allergie bzw. Medikamente genau). Bitte geben Sie auch frühere Krankenhausaufenthalte und wichtige ärztliche Behandlungen an. Die Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Erkrankung:			Weitere genaue Angaben / Besonderheiten / Medikamente:
Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Andere Kreislauferkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Künstliche Herzklappen / Herzklappenfehler:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Blutgerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Diabetes (Zuckererkrankung):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Schilddrüsenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Lebererkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
HIV / AIDS / Hepatitis B / Hepatitis C:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Tuberkulose (Tbc):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Lungenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Nervenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Nierenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Medikamentenallergie:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Andere Allergien:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Andere Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	.....
Regelmäßige Medikamenteneinnahme:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche:
.....			
Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wievielter Monat:
Alkoholkonsum:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wieviel:
Rauchen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wieviel:

Wurden in der Vergangenheit Röntgenbilder angefertigt (Körperregion und Datum)?.....

Hausarzt bzw. behandelnder Arzt (Name, Tel. bzw. Adresse):

Ich versichere, diese Angaben, nach besten Kenntnissen mit dem behandelnden Arzt besprochen zu haben.

Ausgefüllt am	Unterschrift Patient:	Unterschrift Zahnarzt:
1. Aktualisierung am	Unterschrift Patient:	Unterschrift Zahnarzt:
2. Aktualisierung am	Unterschrift Patient:	Unterschrift Zahnarzt:
3. Aktualisierung am	Unterschrift Patient:	Unterschrift Zahnarzt:
4. Aktualisierung am	Unterschrift Patient:	Unterschrift Zahnarzt:
5. Aktualisierung am	Unterschrift Patient:	Unterschrift Zahnarzt: