



Anamnese

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht; Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.

Name _____ Vorname _____ geb. _____
Straße/Nr _____ PLZ/Wohnort _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____
Telefon _____ berufl. _____ Mobil _____
e-mail Adresse _____
Versicherung _____ Beihilfeberechtigt _____

ggf. gesetzliche/r Vertreter/in bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Ihr Hauptanliegen? _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? Ja _ Nein _ Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? Ja _ Nein _

Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen o. Gähnen? Ja _ Nein _ Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? Ja _ Nein _

Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches? Ja _ Nein _

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Karies-Vermeidung Ja _ Nein _ Kiefergelenk-Behandlung Ja _ Nein _

Vollwert-Ernährung Ja _ Nein _ Zahnfarbene Keramik-Füllungen Ja _ Nein _

Parodontal-Behandlung Ja _ Nein _ Hochwertigen Zahnersatz Ja _ Nein _

Amalgamentfernung Ja _ Nein _ Implantate Ja _ Nein _

Quecksilber-Ausleitung Ja _ Nein _ Ästhetische Zahnheilkunde Ja _ Nein _

Medizinische Befunderhebung: Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?(Bitte ankreuzen)

Herzerkrankung ___ Kreislaufkrankung ___ Herzschrittmacher ___ Diabetes ___ Asthma ___

Künstl. Bluter(Marcumar) ___ Immunschwäche (HIV Pos.) ___ Rheuma ___ Lebererkrankung(Gelbsucht) ___

Schwangerschaft ___ Monat: _____

Letzte Röntgen – Untersuchung: _____ Allergien ___ welche? _____

Medikamente ___ welche? _____ Ihr Hausarzt: _____ Telefon: _____

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach Bestellsystem geführt. Das heißt, wir reservieren Ihren Wunschtermin ausschließlich für Sie. Wir bemühen uns, Ihren Termin pünktlich einzuhalten. Natürlich ist das Einhalten dieses Termines auch abhängig vom pünktlichen Erscheinen des Patienten vor Ihnen. Sollten Sie zu Ihrem Termin verhindert sein, sagen Sie bitte rechtzeitig vorher ab, damit wir den Termin weiter geben können.

Essen, _____

Unterschrift: _____