

Anamnesebogen

Name; Vorname Geburtsdatum

Name; Vorname des Hauptversicherten Geburtsdatum

Krankenkasse bzw. Kostenträger/
Privatpatient-gewählter Versicherungstarif / Basistarif ? Beruf

Straße; Hausnummer PLZ; Ort

Telefon Privat Mobile

Telefon tagsüber Email

Durch wen wurden Sie empfohlen?

Wann wurden Sie das letzte mal beim Zahnarzt Geröntgt? _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung?

- Implantate
- Kieferorthopädische Behandlung mit Harmonieschienen
- Laserbehandlung
- Ozonbehandlung
- Zahnersatz; Inlays, Kronen Brücken
- Amalgamentfernung
- Zahnfarbene Füllungen
- Kiefergelenkbehandlung
- Karies- und Parodontitisprophylaxe
- Eigene Fragen / Wünsche ?

Bestellpraxis: Organisationshinweis

Termine, die Sie nicht einhalten können, bitten wir spätestens **24 Stunden** vorher abzusagen. Sollte dies nicht geschehen, können wir Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung stellen. (Urteil vom 15.4.2005 AZ 55 S310/04; 35,00€ je angefangene halbe Stunde)



Datum; Unterschrift



Spezielle Anamnese

Für Ihre zahnärztliche Behandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Herz/Kreislauf

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Herzschwäche
- Herzfehler

Atemwege/Lunge

- chronische Bronchitis
- Tuberkulose
- Asthma
- _____

Stoffwechsel

- Diabetes Typ 1
- Diabetes Typ 2
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Nieren

- Nierenentzündung
- Niereninsuffizienz
- _____

Allergien

- Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Latex
- Metalle
- _____

Nerven/Gemüt

- Epilepsie
- Depression
- Angstzustände (Zahnarztphobie)
- _____

Leber

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- _____

Immunsystem

- Rheuma
- HIV / AIDS
- Tumorerkrankungen/
Krebs

Suchtmittel

- täglicher Alkoholkonsum/
Alkoholabhängigkeit
- trockener Alkoholiker
- Drogen
Wenn Ja welche? : _____
- Raucher

Regelmäßige Medikamente

- _____
- _____

Sonstiges

- _____
- _____

Schwangerschaft Nein Ja _____ Woche

>Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

> Medikamente, sowie Betäubungsspritzen können Ihre Reaktion im Straßenverkehr beeinträchtigen

Sie werden hiermit darüber aufgeklärt, dass in seltenen Fällen ca. 1:500.000 nach einer Betäubung vorübergehende oder dauerhafte Beeinträchtigung (Kribbeln, Taubheit) entstehen können.



Datum, Unterschrift

Kinderanamnese

Vorname Name

Spitzname

Geburtsdatum

Vorname Name des Hauptversicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Straße, Hausnummer

PLZ; Ort

Telefon Privat

Mobile

E-Mail

Ist dies der erste Zahnarztbesuch? JA Nein

Ist/war Ihr Kind in Kieferorthopädischer Behandlung JA Nein

Kieferorthopädie:

Wünschen Sie eine besondere Beratung?

- Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne
 - Zusätzliche Versiegelungen nach GOZ
 - Eigene Frage/ Wünsche
-

Bestellpraxis: Organisationshinweis

Termine, die Sie nicht einhalten können, bitten wir spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sollte dies nicht geschehen, können wir Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung stellen. (Urteil vom 15.04.2022 AZ 55 S310/04 ; 35,00€ je angefangene halbe Stunde)



Datum, Unterschrift



Ernährung

Lebensmittel:

überwiegend süß viel Obst/Gemüse Fast Food gemischt deftig

Getränke:

gesüßter Tee ungesüßter Tee Wasser Fruchtsäfte Limonade/Cola

Spezielle Anamnese

Für Ihre zahnärztliche Behandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Herz/Kreislauf

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Herzschwäche
- Herzfehler

Atemwege/Lunge

- chronische Bronchitis
- Tuberkulose
- Asthma
- _____

Stoffwechsel

- Diabetes Typ 1
- Diabetes Typ 2
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Nieren

- Nierenentzündung
- Niereninsuffizienz
- _____

Allergien

- Nahrungsmittel
- Antibiotika
- _____

Nerven/Gemüt

- Epilepsie
- Depression
- Angstzustände (Zahnarztphobie)
- _____

Immunsystem

- Rheuma
- HIV / AIDS
- Tumorerkrankungen/Krebs

Regelmäßige Medikamente

- _____
- _____
- _____

Sonstiges

- _____
- _____
- _____

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Sie werden hiermit darüber aufgeklärt, dass in seltenen Fällen ca. 1:500.000 nach einer Betäubung vorübergehende oder dauerhafte Beeinträchtigung (Kribbeln, Taubheit) entstehen können.



Datum, Unterschrift