

ANAMNESE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte nehmen Sie sich Zeit diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Die Beantwortung der folgenden Fragen hilft uns, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Team der Praxis Dr. Hampe & Kollegen*

*angestellte Zahnärzte

Persönliches

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße

PLZ, Ort

Telefon, tagsüber/beruflich/mobil

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich Versichert

Privat Versichert

Zahnzusatzversicherung

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Anzeige: _____

Überweisender Arzt

Internet

Sonstiges: _____

Bitte Wenden

Allgemeine Gesundheitssituation

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Blutgerinnungsstörung ja nein
Diabetes ja nein
Schlaganfall ja nein
Herzerkrankungen
wenn ja, welche:

Schilddrüsenerkrankungen ja nein
Rheumatische Krankheiten ja nein
Lebererkrankungen
(Gelbsucht, Hepatitis) ja nein
Augenerkrankung (z.B.
Engwinkelglaukom) ja nein
Allergien
wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

Infektionserkrankungen ja nein
HIV/AIDS ja nein
Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Sonstige: _____

Medikamente ja nein
Herzmedikamente: _____
Cortison: _____
Schmerzmittel: _____
Antidepressiva: _____
blutverdünnende Medikamente:
(z.B. Ass, Marcumar, Heparin, Xarelto, Plavix) _____
Bisphosphonate: _____
Sonstige: _____

Weiteres
Nasennebenhöhlen-Op ja nein
Tumorbehandlung ja nein
Kopfverletzungen ja nein
Rauchen Sie? ja nein
Sind Sie evtl. schwanger? ja nein
Wurde in den letzten
12 Monaten eine Rönt-
genaufnahme der Zähne
angefertigt? ja nein

Mundgesundheitssituation

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? ja nein
Haben Sie Zahnfleischprobleme, Zahnfleischrückgang oder Blutungen? ja nein
Haben Sie Mundgeruch oder einen schlechten Geschmack im Mund? ja nein
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt? ja nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? ja nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein
Haben Sie noch Fragen oder ein Anliegen?

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift