

## ANAMNESE

---

Name des Patienten

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Beruf

\_\_\_\_\_

Straße, Nummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum Ort

\_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber und / oder privat)

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Mobiltelefon

\_\_\_\_\_

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Beruf des Versicherten

\_\_\_\_\_

Arbeitgeber

\_\_\_\_\_

Krankenkasse

\_\_\_\_\_

### Warum kommen Sie zu uns in die Praxis?

Zur regulären Vorsorgeuntersuchung

Ich habe akute Schmerzen oder andere Beschwerden \_\_\_\_\_

Ich bin überwiesen worden von \_\_\_\_\_

Wurden wir Ihnen empfohlen? Wenn **Ja**, von wem? \_\_\_\_\_

### Worüber möchten Sie mehr wissen?

Implantate

Kosmetische Zahnkorrektur (Veneers etc. ...)

Parodontitis

Ästhetischer Zahnersatz (Kronen, Brücken etc. ...)

Zahnaufhellung (Bleaching)

Moderne Wurzelkanalbehandlung

Zahnfarbene Füllungen

Prophylaxe

### Dürfen wir Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin erinnern?

**Ja**, ich möchte am Erinnerungsservice teilnehmen. Die Teilnahme ist unverbindlich und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Bitte erinnern Sie mich per

Post

E-Mail

SMS

Worms, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# GESUNDHEITSFRAGEN

---

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die bei Ihnen anstehende Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir gerne.

Leiden Sie unter Bluthochdruck?  Ja  Nein

Haben oder hatten Sie eine Herzkrankheit?  Ja  Nein

    Angeborene oder erworbene Herzfehler?  Ja  Nein

    Herzklappenprothesen?  Ja  Nein

    Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?  Ja  Nein

    Herzoperationen?  Ja  Nein

    Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

    Hatten Sie im letzten Jahr einen Herzinfarkt?  Ja  Nein

Sonstiges? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?  Ja  Nein

    Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein

    Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  Ja  Nein

    chronische Erkrankung der Atemwege/Asthma  Ja  Nein

    Nervenerkrankungen  Ja  Nein

    Anfallsleiden (Epilepsie)  Ja  Nein

    Nierenerkrankungen  Ja  Nein

    Magen-Darm-Erkrankungen  Ja  Nein

    ansteckende Erkrankungen  Ja  Nein

    Immunschwäche (HIV/Aids)  Ja  Nein

    Hepatitis A/B/C  Ja  Nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?  Ja  Nein

    Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  Ja  Nein

    Wenn **Ja**, welche? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  Ja  Nein

    Wenn **Ja**, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Erkrankungen?  Ja  Nein

    Wenn **Ja**, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Allergie gegen zahnärztliche Spritzen?  Ja  Nein

Haben Sie sonstige Allergien?  Ja  Nein

    Wenn **Ja**, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

    Wenn **Ja**, wieviel? \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Behandelnder Arzt, Ort: \_\_\_\_\_

Vielen Dank. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit.

Worms, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_