

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Barbara Schlemmer.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir für eine adäquate und risikominimierte Behandlung auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir, uns umgehend mitzuteilen.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____
Straße/Nr.: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Tel.: _____ Fax: _____ Berufl.: _____
Mobil: _____ Email: _____
Versicherung: _____ Beihilfe: Ja () Nein () Zusatz-Vers.: Ja () Nein ()
Hauptversicherter Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____
Hausarzt: _____ Tel.: _____
Auf wessen Empfehlung kommen Sie: _____

Möchten Sie halbjährlich an Ihren Termin erinnert werden? Ja () Nein ()
Möchten Sie über unser Prophylaxeprogramm informiert werden? Ja () Nein ()

Medizinische Vorgeschichte:

Herz- / Kreislauferkrankung Ja () Nein () Osteoporose Ja () Nein ()
Blutgerinnungsstörung Ja () Nein () Immunschwäche (z.B. HIV) Ja () Nein ()
Herzklappenfehler Ja () Nein () Lebererkrankung (z.B. Hepatitis) Ja () Nein ()
Bakterielle Endokarditis Ja () Nein () Glaukom (grüner Star) Ja () Nein ()
Herzschrittmacher Ja () Nein () Tumorerkrankung Ja () Nein ()
Rheuma / Rheum. Fieber Ja () Nein () Diabetis (Zuckererkrankung) Ja () Nein ()
Allergien / Heuschnupfen Ja () Nein () Wenn ja, welche? _____
Sonstige Erkrankungen / Infektionen: _____
Nehmen Sie Medikamente ein, wenn Ja, welche: _____

Zahnmedizinische Vorgeschichte:

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? Ja () Nein () Bemerken Sie Zahnfleischbluten? Ja () Nein ()
Haben Sie Probleme beim Kauen? Ja () Nein ()

Sonstiges:

Rauchen Sie? Ja () Nein () Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher
Besitzen Sie einen Röntgenpaß? Ja () Nein () Betäubung*)? Ja () Nein ()
Besteht eine Schwangerschaft? Ja () Nein () ggf: wievielte Woche: _____

*) Bitte beachten Sie, daß die Fahrtüchtigkeit unter Einfluß von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4 - 6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Wünschen Sie eine besondere Beratung

Ihr persönliches Kariesrisiko () Ästhetische Zahnheilkunde ()
Parodontal- (Zahnfleisch-) Behandlung () Implantate (künstl. Zahnwurzel) ()
Amalgam-Entfernung () Aufhellung von Zähnen (Bleaching) ()
Zahnfarbene Inlays () Sonstiges ()

Termine, die Sie nicht einhalten können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Anderfalls können wir Ihnen die Kosten für die ungenutzte Zeit (Ausfallentgelt gemäß §§ 304,611,615 BGB) in Rechnung stellen. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (akute Schmerzen) in die Praxis, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____