

Name, Vorname: _____ **Geb.Datum:** _____

Allgemeine Angaben

Raucher ja nein falls ja, 0-10, über 10 Zigaretten / Tag
 Alkoholgenuss ja nein falls ja, selten regelmäßig oft
 Drogenkonsum ja nein
 Regelmäßige Medikamente ja nein falls ja, welche: _____

Bei Frauen:
 besteht eine Schwangerschaft? ja nein falls ja, welcher Monat: _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Infektionserkrankungen

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenerkrankung/-defekt/-ersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls ja, wann: _____		andere:	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Allergien / Unverträglichkeiten

Haben Sie einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, bitte zum Einscannen abgeben!
Latex <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lokalanästhetika <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, welche: _____
Schmerzmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, welche: _____
Antibiotika <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, welche: _____

andere (z.B. **Haushaltsreiniger**, Metalle, Legierungen, etc.): _____

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nehmen Sie: <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Epilepsie / Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Grüner Star	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

letzte bekannte Blutungswerte:
 Quick: _____ %
 INR: _____
 Datum: _____

BITTE WENDEN →

ANAMNESEBOGEN

Seite 2 von 2

Zahnärztliche Anamnese

- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
 Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
 Haben Sie Kiefergelenksprobleme? (z.B. Schmerzen, Knacken) ja nein

Ich bin mit meinem Lächeln zufrieden und insbesondere mit

- der Gesundheit meiner Zähne ja nein
 der Stellung meiner Zähne ja nein
 der Form/Farbe meiner Zähne ja nein

Ich interessiere mich für Leistungen der Praxis betreffend meiner Zahngesundheit und insbesondere für

- eine Betreuung meiner Mundgesundheit ja nein
 eine Korrektur meiner Zahn-form/-farbe/-stellung ja nein
 neue feste Zähne ja nein

Ich wünsche außerdem Beratung zu folgenden Themen:

- Implantate Prophylaxeprogramme / Professionelle Zahnreinigung
 Zahnaufhellung (sog. „Bleaching“) Hochästhetische, vollkeramische Versorgungen
 Zahnfleischbehandlung (Parodontitis)
 Sonstiges: _____

Wichtige Zusatzinformation für chirurgische Eingriffe

Wurden Sie in der Vergangenheit, oder werden Sie aktuell gegen Osteoporose und/oder zur Unterdrückung von Knochenmetastasen nach Krebstherapie mit so genannten „Bisphosphonaten“ behandelt?
 (z.B. Zometa® (Zoledronat), Fosamax® (Alendronsäure), Bonafos® (Clodronat), ...)

- ja nein **falls ja, wurden diese** in Tablettenform genommen als Infusion gegeben

Information

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten, oder **mindestens 24 Stunden im Voraus** abzusagen. Andernfalls können mir daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe und keine weiteren Fragen habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zuzahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Vielen Dank für Ihre Geduld!