



Zahnarztpraxis
Dr. Julian Velten

Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,
für eine individuelle und auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir bitten Sie diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Hinweis: Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Name, Vorname

Name, Vorname der / des Versicherten (falls abweichend)

geboren am

Geburtsort

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Telefon Privat

E-Mail (freiwillige Angabe)

Beruf / Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

Telefon Mobil

Name und Anschrift Ihres Hausarztes (freiwillige Angabe)

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Name und Sitz der Krankenkasse

Beihilfe Zusatzversicherung nicht versichert

Gesundheitszustand

Hoher / Niedriger Blutdruck Ja Nein

Herzklappenfehler Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Endokarditis Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

Organtransplantiert Ja Nein

Stammzellentransplantiert Ja Nein

Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

Asthma / Lungenerkrankungen Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Diabetes / Zuckerkrankheit Ja Nein

Nervenerkrankungen Ja Nein

Ohnmachtsanfälle Ja Nein

Osteoporoseerkrankung Ja Nein

Raucher Ja Nein

Rheuma / Arthritis Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion / Stadium AIDS Ja Nein

Lebererkrankung / Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Andere Infektionskrankheiten Ja Nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie / Spritzen Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Metalle: _____

Pflichtangaben

Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat ? _____

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Ja Nein

Wenn ja, wann ? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ?

_____ seit: _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutgerinnung ein ?

Ja Nein

Wenn ja, welches ? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ?

Ja Nein

seit: _____

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie ?

Ja Nein

seit: _____

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung ?

Ja Nein

seit: _____

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva ?

Ja Nein

seit: _____

Wurden Sie jemals an den Nasennebenhöhlen (z.B. Kieferhöhle) operiert ?

Ja Nein

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. Halswirbelsäure) ?

Ja Nein

Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben:

Freiwillige Angaben

Zahn-Mund-Situation

Haben Sie Beschwerden wie...

Zahnschmerzen Ja Nein

Zahnfleischbluten Ja Nein

Geräusche im Kiefergelenk Ja Nein

Kopf- und Nackenschmerzen Ja Nein

Tragen Sie Zahnersatz? Ja Nein

Wenn ja seit wann ? _____

Kennen Sie die Professionelle Zahnreinigung (kurz: PZR) ? Ja Nein

Welche Zahnpflegemittel verwenden Sie ? _____

Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne ?

- Zahnfarbe
- Zahnstellung
- Lücke(n)
- Sonstiges: _____

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

- Bleaching / Zahnaufhellung
- Implantate
- Zahnersatzlösungen
- Amalgamaustausch
- Professionelle Zahnreinigung
- Prothesenreinigung
- Sonstiges: _____

Was haben Sie bisher bei Zahnarztbesuchen am meisten vermisst (z.B. Beratung, Informationen, etc.) ?

Kontakt: Dürfen wir Sie zur Terminbestätigung kontaktieren ? Ja Nein

Recall-Service: Wünschen Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin erinnert zu werden ? Ja Nein

Eine letzte Frage: Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam ? _____

Datum, Ort

Unterschrift

Wichtiger Hinweis:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Sollten während meines Behandlungszeitraumes Änderungen eintreten, informiere ich Sie umgehend.