

ANAMNESEBOGEN

Zahnarztpraxis Girschson&Kollegen, Leibnizstr. 60, 10629 Berlin, Tel. 030-324 34 64



ZAHNARZT
GIRSCHSON & KOLLEGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis, wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen natürlich gerne.

Ihre Angaben:

Name Patient Vorname Geb.datum

Name Versicherter Vorname Geb.datum

Anschrift / Strasse PLZ Ort

Telefon tagsüber: mobil: privat: Email-Adresse:

Kranken-/Privatkasse: Zusatzversicherung: Beihilfe:

Beruf Arbeitgeber Arbeitslos

Wie haben Sie uns gefunden ? Telefonbuch Flyer Empfehlung (von wem?)

Zeitung Radio/TV Internet (welche Seite ?) Sonstiges

Ihre Anliegen : Kontrolluntersuchung Ästhetik/Verbesserung d. Aussehens Zahnschmerzen Kiefergelenksbeschwerden
 Zahnfleischbluten Hochwertige Füllungen (Inlays) Zahnersatz Zahnaufhellung (Bleaching)
 Implantate Amalgamaustausch Prophylaxe Sonstiges:

Risikoanamnese: Haben Sie Allergien (Allergiepass? z.B. Asthma, Metalle etc.)? Welche? ja nein
Haben Sie Herz/Kreislauf Leiden (Herzpass)? Welche? ja nein
Endokarditis-Prophylaxe nötig bei zahnärztlichen Eingriffen? ja nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (z.B. ASS, Marcumar) ja nein
Wenn ja, welche? ja nein
Medikamentenüberempfindlichkeiten? Welche? ja nein
Hatten Sie Reaktionen gegen zahnärztliche Spritzen? Welche ? ja nein
Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag? ja nein
Fühlen Sie sich z.Z. psychisch stark belastet? ja nein
Wann war ihre letzte Röntgenuntersuchung (Datum/Organ)? ja nein
Besteht z.Z. eine Schwangerschaft? Monat? ja nein
Ihr Hausarzt/Name/Adresse/Telefon ?

Leiden Sie an: Diabetes Glaukom Ohnmachtsneigung Schilddrüsenerkrankung Blutungsneigung
 Rheuma Hepatitis Nierenerkrankung Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) Aids
 Arthrose Tuberkulose Lebererkrankung Blutdruckprobleme Sonstige Erkrankungen

Wichtig: Bitte sagen Sie Ihren vereinbarten Termin, den Sie nicht wahrnehmen können, binnen 24 Stunden ab. Haben Sie Verständnis, dass wir sonst aus Rücksicht auf andere Patienten einen Mindestaufwand in Rechnung stellen müssen (GOÄ-Ä56).

Berlin, den Unterschrift

Aktualisierte Bestätigung des Patienten:

Berlin, den Unterschrift

Berlin, den Unterschrift

Berlin, den Unterschrift