



Dr. Jana Prömmel Zahnärztin

Bahnhofstr. 24, 26939 Ovelgönne, Telefon: 04401 980027, Fax: 04401 980028, info@zahnarzt-ovelgoenne.de

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Dieser wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches:

Name/Vorname des **Patienten**: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____ Handy: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse: _____

Name und Anschrift des **Hausarztes**: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname des **Versicherten**: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Bitte wenden...

Allgemeine Situation:

hohen Blutdruck: ja nein
Kreislaufbeschwerden/Ohnmachtsneigung? ja nein
Diabetes: ja nein
Rheuma: ja nein
Niereninsuffizienz: ja nein
Tuberkulose: ja nein
HIV (Aids) ja nein
Hepatitis: ja nein

Wenn ja, welcher Typ? A B C

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
Drogen/Alkoholsucht: ja nein
Rauchen Sie? ja nein
Sind Sie schwanger? ja nein
Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin): ja nein
Wenn ja, welche? _____

sonstige Allergien : ja nein
Wenn ja, welche? _____

nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente
oder Spritzen aufgetreten? ja nein
Wenn ja, gegen welche? _____

Besteht eine Amalgamallergie? ja nein
Wenn ja, legen Sie bitte einen Allergieausweis vor!

Zahn-Mund-Situation:

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz? ja nein
Seit wann? _____

Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz? ja nein
Seit wann? _____

Tragen Sie eine Knirscherschiene? ja nein
Seit wann? _____

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten
zahnärztlich geröntgt? ja nein

Besteht Interesse an einer Zahnaufhellung? ja nein
(Bleaching)

Leiden Sie an Erkrankungen der / des ...

Herzens: ja nein
Leber: ja nein
Wirbelsäule: ja nein
Schilddrüse: ja nein
Magen-Darm-Tracts: ja nein
Gelenke: ja nein

Änderungen zu Ihrem Gesundheitsstatus, bitten wir Sie uns unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)