



ZAHNÄRZTEZENTRUM MARKGRÄFLERLAND

Patientennummer

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sehr sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht StGB § 203 und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bitte teilen Sie uns in Zukunft Veränderungen dieser Angaben rechtzeitig vor Behandlungsbeginn mit.

PATIENT

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf

Krankenkasse

Arbeitgeber

VERSICHERTER (FALLS ABWEICHEND VOM PATIENTEN)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf

Krankenkasse

Arbeitgeber

WIE SIND SIE VERSICHERT?

GKV (gesetzlich-pflichtversichert) GKV (freiwillig) PKV (privat)

HABEN SIE EINE PRIVATE ZAHNZUSATZVERSICHERUNG?

Nein Ja, Name der Versicherung _____

SIND SIE BEIHILFEBERECHTIGT? Ja Nein

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

auf Empfehlung von _____ Website _____

Suchmaschine _____ Empfehlungsportal (z. B. Jameda) _____

Sonstige (Telefonbuch, Anzeige etc.) _____

Liebe Patientin, lieber Patient, sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher darüber. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für nicht rechtzeitig abgesagte Termine oder unentschuldigtes Fernbleiben die entgangene und kostenverursachende Arbeitszeit in Rechnung gestellt werden kann.

BITTE WENDEN!

GESUNDHEITSFRAGEN

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? Bitte ausfüllen oder ankreuzen.

HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN

Ja Nein

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Herzklappenersatz/-fehler
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher
- Endokarditis
- Bluthochdruck
- Gerinnungsstörung

Sonstige: _____

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Ja Nein

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Sonstige: _____

AUGENERKRANKUNGEN

Ja Nein

- Grüner Star (Glaukom)

Sonstige: _____

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Ja Nein

(z. B. Depressionen, Epilepsie/Krampfleiden)

- Zahnarztängste

Sonstige: _____

ERKRANKUNGEN DER ATEMWEGE

Ja Nein

- Schlafapnoe/Schnarchen
- Asthma

Sonstige: _____

ALLERGIE/ÜBEREMPFLINDLICHKEIT

Ja Nein

- gegen Medikamente (z. B. Penicillin, Schmerzmittel)
- Latex Jod Spritze/Lokalanästhesie Metalle

Sonstige: _____

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Ja Nein

- Hepatitis (Leberentzündung, Gelbsucht)
- Tuberkulose
- AIDS/HIV

Sonstige: _____

TUMORERKRANKUNGEN

Ja Nein

Welche? _____

- Bestrahlung im Kopf-/ Halsbereich, Chemotherapie

Sonstige: _____

RAUCHEN SIE?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag ca.? _____

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄSSIG EIN?

- Blutverdünnende Medikamente

Sonstige: _____

NEHMEN ODER NAHMEN SIE

BISPHOSPHONATE EIN?

Ja Nein

Wenn ja, welche und wie? _____

FÜR FRAUEN:

BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT?

Ja Nein

Wenn ja, SSW: _____

Sind Sie z. Zt. wegen einer der Krankheiten in ärztlicher Behandlung, nennen Sie uns bitte Namen und Adresse des behandelnden Arztes/Hausarztes:

Zahnfleischerkrankungen in der Familie

Ja Nein

Tragen Sie eine Zahnschiene/Schnarchschiene

Ja Nein

Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung

Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Wann wurden Sie das letzte Mal im Bereich der Zähne geröntgt?

Datum, Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Für Kinder: beide Elternteile müssen unterschreiben

Dr. V. **Meßmer**
Dr. M. **Brunner**
Dr. V. **Mittelberger**

Hauptstraße 104
79379 Müllheim
T 07631.12272

Lindenplatz 1
79423 Heitersheim
T 07634.341980

F 07631.170140

mail@zz-m.info
www.zz-m.info