

ANAMNESEBOGEN | ERWACHSENE

Liebe Patientin, lieber Patient, um Ihre Behandlung auf Ihre ganz speziellen Bedürfnisse abzustimmen, bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte (Anamnese). Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten hilft Ihnen unser Praxisteam gerne weiter!



**ZAHNARZT
PRAXIS**

Dr. med. dent. Julia Hahn

PATIENT

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

MITGLIED / VERSICHERTER

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Straße: _____ PLZ _____

Telefon: _____

ALLGEMEINE SITUATION

Ja | Nein

- Allergien _____
(z.B. Penicillin, Latex) Ggf. welche?
- Asthma (schwere Atemnot)
- Anfallsleiden (Epilepsie) Herzerkrankungen
- Hoher / Niedriger Blutdruck
- Bluterkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen
- Herzschrittmacher
- Schlaganfall
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Infektionskrankheiten
- Hepatitis / HIV / Tbc
- Osteoporose
- Tumorerkrankungen
- Sonstige Erkrankungen
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche und wogegen?

Ja | Nein

- Zahn-Mund-Situation
- Zahnfleischbluten
- Geräusche im Kiefergelenk
- Schmerzen am Kopf / Nacken
- Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne unzufrieden?
- Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies und Zahnfleisch- rückgang?
- Wünschen Sie nähere Informationen über Möglichkeiten der Implantat- versorgung?
- Sonstiges
- Besteht eine Schwangerschaft?
Ggf. wievielte Woche?
- Rauchen Sie?
Wenn ja, haben Sie schon einmal darüber nachgedacht damit aufzuhören?
- Möchten Sie an unserem Recall-System teilnehmen, also an die regelmäßige Kontrolluntersuchung von uns schriftlich oder telefonisch erinnert werden?
- Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, ggf. Telefonnummer)
Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?
Ihre besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt ist. Sollten zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes auftreten, teilen Sie uns diese bitte unverzüglich mit. Für Ihre Angaben vielen Dank. Hierdurch ermöglichen Sie es uns, noch individueller auf Ihre ganz besondere Situation einzugehen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Patienten



Harffer Schloßallee 20 | 50181 Bedburg-Kaster

fon 022 72-80 666 44 | fax 022 72-80 666 45 | info@zahnarztpraxishahn.de | www.zahnarztpraxishahn.de