



Erstanamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in),

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: geb. am: Tel. privat:

Strasse: PLZ, Ort: Tel. gesch.:

Beruf: E-Mail:@.....

ja nein Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?
Wir bitten um die Angabe einer Telefonnummer, unter der Sie **tagsüber** erreichbar sind,
oder noch besser - Ihrer Email-Adresse.

Ich bin: gesetzlich versichert privat versichert Beihilfeberechtigt freiwillig versichert

Name der Krankenkasse:

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen abgeschlossen? ja nein

Was ist der Grund Ihres Besuchs?
(z.B. Schmerzen, Zahnfleischbluten etc.)

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- ja nein Zustand nach Infarkt
- ja nein Herzinsuffizienz
- ja nein Verengung der Herzkranzgefäße
- ja nein Bypass-Operationen
- ja nein Herzklappenersatz
- ja nein Schrittmacher

Atmungswege/Lunge

- ja nein Asthma
- ja nein Bronchitis

Leber

- ja nein Hepatitis

Blase-Nieren

- ja nein Blasenkrankung
- ja nein Nierenkrankung
- ja nein Dialyse

Kreislauf

- ja nein niedriger Blutdruck
- ja nein Bluthochdruck
- ja nein Schlaganfall

Zentrales Nervensystem

- ja nein epileptische Anfälle

Augen

- ja nein Grauer Star
- ja nein Grüner Star

Magen-Darm-Trakt

- ja nein Magenerkrankung
- ja nein Darmerkrankung

Bewegungsapparat

- ja nein Rheuma
- ja nein rheumatoide Arthritis

Bitte Rückseite ausfüllen!

Vegetatives Nervensystem

- ja nein Kopfschmerzen
ja nein Migräne

Stoffwechsel

- ja nein Zuckerkrankheit
ja nein Schilddrüsenerkrankung

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ja nein Hautkrankheiten, welche..... Geschlechtskrankheiten, welche.....
ja nein HIV bzw. AIDS oder Tuberkulose In welchem Zeitraum ?
ja nein Tumorerkrankungen (Bestrahlung , Chemotherapie) wann?wo?.....

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Wer ist der behandelnde Arzt? Tel.-Nummer:

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- ja nein **Bluten Sie lange**, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
ja nein Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?
ja nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?
ja nein Trinken Sie mehr als 0,5 Liter Alkohol am Tag – wie viel ca.?.....
ja nein Nehmen Sie regelmässig Drogen zu sich? Wenn ja, welche?.....
ja nein Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche?
ja nein Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, legen Sie den Pass bitte vor!
ja nein Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche?
ja nein Sind Sie z. Zt. schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?
ja nein Leiden Sie unter einer oben nicht aufgeführten Erkrankung?.....
.....

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- ja nein Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre / 10 Jahre)
Bitte legen Sie das Bonusheft zur Übertragung in unsere Datenbank vor!

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Achtung:

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Krefeld, den

Unterschrift: