



Zahnärztliche Praxisgemeinschaft
Dr. Steffen Herzberg
Prof. Dr. Axel Zöllner

Anamnesebogen

Patient: _____
Name, Vorname geboren am

Versicherter: _____
Name, Vorname Ehegatte Vater/Mutter geboren am

Anschrift: _____
Straße, Hausnummer

PLZ, Ort Telefon

Beruf: _____

Versicherungsstatus: privat versichert gesetzlich versichert Bemerkungen: _____

Hausarzt: _____
bzw. andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind

Bestehen bei Ihnen oder sind folgende Gesundheitsstörungen bekannt:	ja	nein	weiß nicht
1. Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen (insbes. Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z. B. ASS, Marcumar)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabetes mellitus? Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Überempfindlichkeitsreaktionen / Unverträglichkeiten / Allergien (z.B. gegen bestimmte Medikamente, Metalle, Kunststoffe)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schilddrüsenerkrankungen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nervenleiden (z.B. Epilepsie)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Konsumgewohnheiten (Rauchen, Alkohol) Welche, wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sind oder waren Sie alkoholabhängig? Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamenteneinnahme / Dosierung:

Gab / Gibt es Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung (wenn ja, welche?): ja nein

Haben Sie besonders Angst vor bestimmten Behandlungsmaßnahmen?

Haben Sie besondere Wünsche, die Sie uns mitteilen möchten?

Wünschen Sie weitergehende Informationen zu speziellen Behandlungsmethoden:

- Bleaching / Ästhetische Zahnheilkunde ja nein
- Vollkeramische Restaurationen ja nein
- Individualprophylaxe ja nein
- Kinderprophylaxe ja nein
- Implantat-Prothetik ja nein
- Moderne Parodontaltherapie ja nein
- Amalgamfreie Füllungstherapie ja nein
- Wurzelkanalbehandlung / Endodontie ja nein
- Behandlung von Aphthen oder Herpes ja nein
- Individueller Sportschutz ja nein
- Schnarchschiene ja nein

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Wir bitten Sie, uns umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Wir sind immer bemüht, lange Wartezeiten zu vermeiden. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24h vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach der privaten Gebührenordnung als Ausfallzeiten in Rechnung zu stellen.

Ich wünsche eine Erinnerung an meine Kontrolluntersuchungen per:

E-Mail SMS keine

Meine Emailadresse bzw. Handy-Nr.: _____

Unterschrift Patient / gesetzl. Betreuer:

Ort, Datum

Unterschrift