

Anamnese-Bogen

Bitte füllen Sie uns diesen Fragebogen sorgfältig aus. Dadurch erleichtern Sie uns das Erkennen von Risikofaktoren und unterstützen so optimal Ihre Behandlung.

1. **Name:**

2. **Vorname:**

3. **Geburtsdatum:**

4. **Straße, Hausnummer:**

5. **Postleitzahl, Ort:**

6. **Festnetztelefon:**

7. **Mobiltelefon:**

8. **E-Mail:**

9. **Beruf:**

10. **Arbeitgeber:**

11. **Krankenversicherung:**

Zusatzversicherung

Beihilfe

Standard

12. **Hausarzt:**

13. **Überweisender Arzt:**

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

Zeitung/Zeitschrift

Fernsehen

Empfehlung von

Sonstige

Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen?

Ja

Nein

Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Blutungsneigung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzschwäche | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sonstiges | <input type="text"/> | |

Infektionskrankheiten

- | | | |
|-------------|--------------------------|----------------------------|
| | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Aids | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Diabetes

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Osteoporose

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Schilddrüsenerkrankungen

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Ohnmachtsanfälle

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Nervenleiden (z.B. Epilepsie)

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Nieren)

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Erkrankung der Atemwegen (z.B. Asthma)

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Schwangerschaft

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Welche Konsumgewohnheiten haben Sie?

(z.B. Rauchen, Alkohol, Drogen)

Wie häufig konsumieren Sie?

Allergie? (z.B. Latex, Antibiotika, lokale Betäubungsmittel)

Allergiepass?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Gab es schon einmal Komplikationen bei Zahnbehandlungen?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Wenn ja, welche?

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Wenn ja, warum?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Wenn ja, welche?

Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt?

Wie wollen Sie an Ihren Termin erinnert werden?

via SMS

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| Ja | Nein |
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

via E-Mail

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes sowie von Medikamenteneinnahmen und eine eventuellen Schwangerschaft mit.

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

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Wir behalten uns vor, reservierte Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, laut §§ 304, 615 BGB mit € 76,70 pro halbe Stunde in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum Ihre Unterschrift

Behandlungsschwerpunkte

Bleaching (<https://www.zahnarzt-muenchen-olympiapark.de/bleaching-muenchen/>)

Implantologie (<https://www.zahnarzt-muenchen-olympiapark.de/zahnimplantate-muenchen/>)

Zahnreinigung (<http://www.zahnarzt-muenchen-olympiapark.de/zahnreinigung-prophylaxe/>)

Kieferchirurgie (<https://www.zahnarzt-muenchen-olympiapark.de/kieferchirurgie-muenchen/>)

Veneers (<http://www.zahnarzt-muenchen-olympiapark.de/veneers-muenchen/>)

Prophylaxe (<https://www.zahnarzt-muenchen-olympiapark.de/zahnreinigung-prophylaxe/>)

Wurzelbehandlung (<https://www.zahnarzt-muenchen-olympiapark.de/wurzelbehandlung/>)

Zahnersatz (<http://www.zahnarzt-muenchen-olympiapark.de/zahnersatz-muenchen/>)