

Name:	_____	Vorname:	_____
Geb.-Datum:	_____	E-Mail:	_____
Telefon:	_____	Mobil Tel.:	_____
Straße, Nr.:	_____	Postleitzahl, Ort:	_____
Versicherung:	_____	Versicherte Person:	_____

☐ Gesetzlich   ☐ Privat   ☐ Beihilfeberechtigt   ☐ Zusatzversicherung

Überweisender Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, diesen Anamnesebogen vollständig und sorgfältig auszufüllen, da jegliche Vorerkrankungen Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Dieser Bogen wird Ihrer persönlichen digitalen Karteikarte angefügt - Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, warum:	_____
Haben Sie irgendwelche allgemeinen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche:	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche:	_____
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche:	_____
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche:	_____
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, wieviel:	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, SSW:	_____
Haben Sie eine Gelenkprothese?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche:	_____
Benötigen Sie eine Endokarditis-Prophylaxe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

## Haben Sie eine der nachstehenden Krankheiten?

<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Kreislauferkrankungen
<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Virusinfektionen (HIV/Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Lugenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)
<input type="checkbox"/> Knochenerkrankungen (Osteoporose)	<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> erhöhter Augeninnendruck
<input type="checkbox"/> weitere Erkrankungen, welche nicht aufgeführt wurden: _____		

## Zahnärztliche Selbsteinschätzung:

Haben Sie Schmerzen im Kopf-Hals-Schulterbereich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Leiden Sie unter Ohrgeräuschen (Tinnitus)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schmerzen beim Kauen / Gähnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie aktuell Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche (Knacken)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Leiden Sie aktuell unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Knirschen Sie mit den Zähnen (tags/nachts)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Möchten Sie bei Ihrer Behandlung schlafen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie an Individualprophylaxe-Maßnahmen interessiert?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Dürfen wir Sie in unser Recall-Programm aufnehmen (Erinnerung zur jährlichen Kontrolluntersuchung)?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung der FAZH gelesen und verstanden habe.

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_