

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? Ja Nein wenn ja, warum: _____
Haben Sie irgendwelche allgemeinen Erkrankungen? Ja Nein wenn ja, welche: _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein wenn ja, welche: _____
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Ja Nein wenn ja, welche: _____
Haben Sie Allergien? Ja Nein wenn ja, welche: _____
Sind Sie Raucher? Ja Nein wenn ja, wieviel: _____
Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein wenn ja, SSW: _____
Haben Sie eine Gelenkprothese? Ja Nein wenn ja, welche: _____
Benötigen Sie eine Endokarditis-Prophylaxe? Ja Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Haben Sie eine der nachstehenden Krankheiten?

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

Zahnärztliche Selbsteinschätzung:

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

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

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____