

Anamnesebogen

Lieber Patient,
dieser Fragebogen unterstützt Sie und uns während der Behandlung. Bitte füllen sie diesen sorgsam aus
und geben ihn an der Anmeldung vor der Behandlung ab. Vielen Dank!

Patient

Titel, Name, Vorname geb. am

Anschrift

Telefon Mobil e-Mail

Krankenkasse Versichertes Mitglied: Name, Vorname geb. am

Arbeitgeber/Firma Telefon Beruf

GESUNDHEITSFRAGEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

- | | |
|--|---|
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ Diabetes |
| ☐ Herzerkrankungen | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Künstliche Herzklappe | ☐ Hepatitis |
| ☐ Niedriger Blutdruck | ☐ HIV |
| ☐ Hoher Blutdruck | ☐ Magen-/Darmerkrankung |
| ☐ Ohnmachtsanfälle | ☐ Nierenerkrankung |
| ☐ Blutungsneigung | ☐ Lungenerkrankung/Asthma |
| ☐ Blutungserkrankung | ☐ Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung |
| ☐ Rheuma | ☐ Epilepsie |

Haben Sie eine sonstige Erkrankung?

Leiden Sie unter Allergien?

Reagieren Sie bei Medikamenten empfindlich?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen Sie Marcumar oder andere blutverdünnende Medikamente ein?

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? _____

Sind Sie Raucher? O Ja O Nein

BEHANDLUNGSBEDINGTE INFORMATIONEN

Aus welchem Anlass sind Sie bei uns?

- | | |
|--|---|
| ☐ Routineuntersuchung | ☐ Kiefergelenksschmerzen |
| ☐ Zahnschmerzen | ☐ Zähneknirschen |
| ☐ Zahnfleischbluten | ☐ Mundgeruch |
| ☐ Migräne/Kopf-/Nackenschmerzen | |

Sonstige Gründe für Ihren Besuch _____

Was sollen wir dabei berücksichtigen? _____

Haben Sie Angst vor der Zahnarzt-Behandlung? O Ja O Nein

Haben Sie starkes Schmerzempfinden? O Ja O Nein

Leiden Sie unter starken Würgereiz? O Ja O Nein

SIND SIE INTERESSIERT AN

- | | |
|--|---|
| ☐ Professioneller Zahnreinigung | ☐ Amalgamsanierung |
| ☐ Zahnkosmetik (Steinchen) | ☐ Implantatversorgung |
| ☐ Bleaching/weißere Zähne | ☐ Kronen/Brückenversorgung |
| • Home-Bleaching (Dauer 14 Tage) | ☐ Veneers/Keramikverblendschalen |
| • In-Office-Bleaching (Dauer ca. 2 Stunden) | |

Sonstige Behandlungswünsche _____

RECALL-Service – Vorsorge-Termin O Ja, bitte erinnern Sie mich in Zukunft an die Vorsorge.

Regensburg, _____

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)