Anamnesebogen

Patient Herr/ Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____

Hauptversicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Kontaktdaten Straße/ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Versicherung _____

 Kostenerstattung Beihilfeberechtigt
 Privat Zusatzversicherung

Hauszahnarzt _____

 Pflegegrad

Hausarzt _____

Allgemeine Situation**Ja Nein**Niedriger / Hoher Blutdruck Herzinfarkt / Schlaganfall Blutgrinnungs Störungen Herzschrirrtmacher Zuckerkrankheit Diabetes. Tuberkulose (TBC) HIV Hepatitis. A B C Asthma Ohnmacht/ Krampfanfälle Schilddrüsenerkrankung Nierenerkrankung Rheuma Allergien. _____ **Unverträglichkeiten von Medikamenten** Lokalanästhetika Schmerzmittel Antibiotika andere _____**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente.****welche?** _____

Bestehen zurzeit andere Krankheiten**Welche?** _____RecallIch möchte den „Recall-SERVICE“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.

Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Untersuchungstermin.

Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum und Unterschrift Patient/ gesetzl. Vertreter**Sonstige Fragen****Ja Nein**Schwangerschaft ? Woche _____ Rauchen ? wieviel am Tag _____ Abhängigkeiten(Drogen,Alkohol) Parodontitis Bisphophonate Chemo/ Bestrahlungstherapie

wann _____

Andere Erkrankungen

welche _____

Interessieren Sie sich für**Ja Nein**Kronen/ Inlay/ Veneers Implantate Zahnersatz Prophylaxe Zahnaufhellung (Bleaching) **Leiden Sie an**Kiefergelenkschmerzen Mundtrockenheit Empfindlichen Zähnen