

Anamnesebogen

📍 Rudolf-Breitscheid-Str. 23
90762 Fürth

☎ 0911 - 776 501

@ info@zahnarztpraxis-nadjar.de
zahnarztpraxis-nadjar.de



Persönliche Angaben

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahn- und Mundgesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen und anzukreuzen, bei evtl. Rückfragen helfen wir gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, Änderung bitten wir umgehend mitzuteilen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

Versicherter

*falls abweichend vom Patienten

Telefon:

Beruf

Behandelnder

Hausarzt

/ Kieferorthopäde:

Krankenkasse:

Gesetzlich

Privat

Zahnzusatzversicherung

Beihilfeberechtigt

Basistarif

E-Mail-Adresse:

Arbeitgeber:

Auf wessen
Empfehlung
kommen Sie?

Zahnärztliche Anamnese

Letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung am

Gab es mal Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung?

ja

nein

Wünsche Sie nur eine Behandlung der zur Zeit vorhandenen Beschwerden?

ja

nein

Ist eine örtliche Betäubung gewünscht?

ja

nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Karies- und Parodontoseprophylaxe und professionelle Zahnreinigung
- Zahnfarbene Füllungen (Kompositefüllung, Kompositeinlay, Keramikinlay)
- Amalgamsanierung und Entgiftung
- Naturheilkundliche Behandlungsmethoden (Homöopathie, Akupunktur)
- Ganzheitliche Testmethoden auf Materialunverträglichkeiten, Mundstrommessungen
- Parodontitisbehandlung (Membrantechnik, Knochenersatzmaterialien, Transplantationen)
- Hochwertigen Zahnersatz auch auf Implantaten
- Beratung Kieferorthopädie

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? ca.

Wie wichtig ist Ihnen persönlich Ihre Zahn- und Mundgesundheit? sehr wichtig wichtig weniger wichtig

Allgemeine Anamnese

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankungen von Herz und Kreislauf ja nein

Herzinfarkt Herzschrittmacher Herzrhythmusstörungen Künstliche Herzklappe

Bypass Herzfehler Angina Pectori

Atemwegserkrankungen ja nein Asthma Atemnot

Infektionserkrankungen ja nein HIV / Aids TBC

Lebererkrankungen ja nein Hepatitis A B C

Nierenerkrankungen ja nein Dialyse Chron. Niereninsuffizienz

Stoffwechselstörungen ja nein Diabetes Schilddrüsenerkrankung

Erkrankungen an Knochen/Skelettsystem ja nein Osteoporose Muskelerkrankung Rheuma Künstliche Gelenke

Erkrankungen von Magen, Darm ja nein

Sonstige Erkrankungen ja nein

Erhöhter Blutdruck Niedriger Blutdruck Blutgerinnungsstörung Tumorleiden

Glaukom Epilepsie Psychische Erkrankung Suchterkrankung

Allergien (Arzneimittelunverträglichkeiten) ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein?

Blutverdünnende Medikamente ja nein ASS Marcumar Xarelto, Plavix

Knochenstärkungsmittel (Bisphosphonate) ja nein

Sonstige Medikamente ja nein

Einverständnis zum Recall

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden? (per Post) und einfügen E-Mail und SMS/WhatsApp

per Post ja nein

SMS/Whatsapp ja nein

E-Mail ja nein

Telefonisch ja nein

Datum

Unterschrift Patient (ggf. Sorgeberechtigter)

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. d.h. wir vergeben Termine um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Sollten Sie einen nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie rechtzeitig abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für Sie reservierte, aber nicht in Anspruch genommene Zeit in Rechnung stellen.