

## AUFNAHME- und ANAMNESEBOGEN

Vor- und Zuname: ..... Titel: .....

Zweit-/Geburtsname: ..... E-Mail: .....

Versicherungsnr. / Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Krankenkasse: .....

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Zahn-Zusatzversicherung: ..... Spital-Zusatzversicherung: .....

Telefon/Privat: ..... Mobil: ..... Büro: .....

Beruf: ..... Firma: .....

Empfohlen von: .....

Grund Ihrer zahnärztlichen Konsultation: .....

**Sehr geehrter Patient,**

**wir ersuchen Sie, nachfolgende Fragen gewissenhaft zu beantworten. Mit diesen Informationen ermöglichen Sie uns, Sie optimal zu beraten und zu behandeln:**

- Leiden Sie unter **Allergien** oder Unverträglichkeiten? Ja  Nein   
(z.B.: Medikamente, Nahrungsmittel,...) Welche? .....
- Haben Sie eine **Allgemeinerkrankung**? Ja  Nein   
(z.B.: Diabetes,...) Welche? .....
- Leiden Sie unter einer **Infektionskrankheit**? Ja  Nein   
(z.B.: Hepatitis, AIDS,...) Welche? .....
- Nehmen Sie zurzeit **Medikamente** ein? Ja  Nein   
Welche? .....
- Haben Sie einen **Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe**? Ja  Nein
- Haben Sie eine **künstliche Prothese** (Knie, Hüfte, etc.)? Ja  Nein
- Hatten Sie jemals Probleme mit:
 

<input type="checkbox"/> Herz	<input type="checkbox"/> Magen-Darm	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Zucker	<input type="checkbox"/> Kreislauf
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Blut	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Niere
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Blutdruck	<input type="checkbox"/> Kiefergelenk		
- Nehmen Sie **blutverdünnende** Medikamente ein  
(Marcoumar, Sintrom, etc.)? Ja  Nein
- Leiden Sie unter erhöhter **Blutungsneigung**? Ja  Nein
- Haben Sie eine **unangenehme Reaktion** auf ein  
zahnärztliches Anästhetikum erlebt? Ja  Nein
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja  Nein
- Wollen Sie in unser Mundhygieneprogramm  
aufgenommen werden und regelmäßig von uns per  
E-Mail/Post an Ihren Recall erinnert werden? Ja  Nein
- **Rauchgewohnheiten** (Zigaretten / Zigarren / Zigarillos / Tag) ..... Zig / Tag
- Für Frauen: Sind Sie zur Zeit schwanger? Ja  Nein

Wir bitten Sie, uns unbedingt zu verständigen, wenn sich Ihre Angaben zu dem Fragebogen ändern. Zuletzt möchten wir Sie noch darauf hinweisen, dass eine zä. Anästhesie (Injektion) Ihr Reaktions- und Urteilsvermögen stark beeinträchtigt und so Ihre Verkehrstauglichkeit verhindert!

**Ich bin einverstanden, dass bei der Erstberatung für Leistungen (z.B. Röntgenbilder, Beratung) € 85,- bis max. € 170,- verrechnet werden können.**

Datum:

Unterschrift: