AUFNAHME- und ANAMNESEBOGEN

Titel: Vor- u. Zuname:

Straße: PLZ, Ort:

e-mail: Zusatz-Vers-Nr Zahn-Vers.: Ja Nein

SV.-Nr. / Geburtsdatum: _ _ _ _ / _ _ . _ _ . _ _ _ _ Krankenkasse:

Telefon/Privat: Mobil: / Büro:

Beruf: Firma:

Empfohlen von:

Grund Ihrer zahnärztlichen Konsultation:

- Haben Sie **Allergien** oder Unverträglichkeiten? Ja Nein
(z.B.: Medikamente, Nahrungsmittel,...) Welche?
- Haben Sie eine od. mehrere **Allgemeinerkrankung(en)**? Ja Nein
(z.B.: Diabetes Typ I / II,...) Welche?
- Haben Sie eine **Infektionskrankheit**? Ja Nein
(z.B.: Hepatitis B / C, HIV/AIDS,...) Welche?
- Nehmen Sie zurzeit **Medikamente** (wie z.B. Bisphosphonate) ein? Ja Nein
Welche?
- Haben Sie einen **Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe**? Ja Nein
- Haben Sie eine **künstliche Prothese** (Knie, Hüfte, etc.)? Ja Nein
- Haben / hatten Sie jemals Probleme mit:

☐ Herz	☐ Magen-Darm	☐ Schilddrüse	☐ Zucker	☐ Kreislauf
☐ Leber	☐ Blut	☐ Rheuma	☐ Lunge	☐ Niere
☐ Epilepsie	☐ Blutdruck	☐ Kiefergelenk		
- Nehmen Sie **blutverdünnende** Medikamente ein (z.B. Marcoumar, Thrombo-Ass, Herzschutz, Plavix, Pradaxa, Clopidrogel, Eliquis 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? 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- u. Urteilsvermögen stark beeinträchtigt und so Ihre Verkehrstauglichkeit verhindert!

Ich bin zudem einverstanden, dass bei der Erstberatung für Leistungen (z.B. Röntgenbilder, Beratung) € 105.- bis € 255.- verrechnet werden können.

Datum:

Unterschrift: