

ANAMNESE • Zahnästhetik

.....
NAME / VORNAME
.....
GEBURTSDATUM
.....
STRAÙE
.....
WOHNORT
.....
TELEFON PRIVAT | MOBIL
.....
BERUF
.....
ARBEITGEBER
.....
TELEFON BERUFLICH
.....
E-MAIL-ADRESSE

Liebe Patientin, Lieber Patient,

herzlich Willkommen!

Damit wir uns optimal auf Sie vorbereiten können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Vielen Dank!

.....
KRANKENKASSE
.....
SELBST VERSICHERT? JA NEIN
.....
VERSICHERT EHEMANN EHEFRAU VATER MUTTER
.....
MIT
.....
NAME VORNAME
.....
GEBURTSDATUM
.....
HAUSARZT
.....
ÜBERWIESEN VON / EMPFOHLEN DURCH

JA NEIN

- Haben Sie Allgemeinbeschwerden?
Wenn ja, welche?
- Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, weshalb?
- Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen
einer schweren Krankheit behandelt? Wenn ja, wegen
welcher Krankheit?
- Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?
- Herz-, Kreislauferkrankungen
- Gefässerkrankungen
- Krampfanfälle
- Zuckerkrankheit
- Leberleiden
- Gelbsucht
- Schilddrüsenerkrankung
- Tuberkulose
- Augenleiden
- Allergien
- Sind sie HIV positiv?

JA NEIN

- Bluten Sie bei Verletzungen oder Zahnentfernungen
lange nach?
- Können Sie irgendwelche Medikamente nicht
vertragen? Wenn ja, welche?
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?
.....
- Nehmen Sie Drogen oder leiden Sie an
sonstigen Abhängigkeiten? Wenn ja, welche?
.....
- Sind Sie schwanger?
- Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?
Welche Organe?
- Wünschen Sie von uns über neue und bessere
zahnmedizinische Behandlungsmethoden
informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen
von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise über-
nommen werden?

