



ZAHNARZTPRAXIS

DR. HAHN FERREIRA & ZÄ RADHA

Persönliche Angaben

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
Wohnort:
Versicherter:
Telefon (privat):
Beruf:
Behandelnder Hausarzt/Kieferorthopäde:
.....

Anamnesebogen

Krankenkasse:
 Gesetzlich Privat
 Zahnzusatzversicherung Beihilfeberechtigt
 Basistarif
(falls abweichend vom Patienten)
Email:
Arbeitgeber:
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
.....

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 Pectoris

Atemwegserkrankungen ja nein Asthma Atemnot
Infektionserkrankungen ja nein HIV/Aids TBC MRSA
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
Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten 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 welcher Monat?:

Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein?

Blutverdünnende Medikamente ja nein ASS Marcumar Xarelto, Plavix
Knochenstärkungsmittel (Bisphosphonate) ja nein
Sonstige Medikamente ja nein

Zahnärztliche Anamnese

Rauchen Sie? ja nein pro Tag:
letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung am:
Wie alt ist vorhandener Zahnersatz (Prothesen/Kronen/Brücken)?
Gab es mal Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung? ja nein

Einverständnis zum Recall

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden? (per Post) ja nein

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann, sowohl durch die Behandlung als auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten.

Wir bitten Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient (ggf. Sorgeberechtigter)