



# Anamnese- und Beratungsbogen



## Sehr geehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten, bzw. wieder herzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit.

Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkungen auf unterschiedlichste Krankheiten haben können. Vielen Dank!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ e-m@il: \_\_\_\_\_

Ich bin: gesetzlich versichert  privat versichert  Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Familienversichert bei: Vater  Mutter  Name des Mitglieds: \_\_\_\_\_

Was ist der Grund Ihres Besuches ?  
(z.B. Schmerzen, Zahnfleischbluten etc.) \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ?  Ja  Nein Wenn ja, wegen welcher Erkrankung ? \_\_\_\_\_  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?  Ja  Nein Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_  Nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit ? \_\_\_\_\_

### Haben oder hatten sie folgende Krankheiten :

Herzinfarkt ? <input type="checkbox"/>	Schlaganfall ? <input type="checkbox"/>	Lähmung ? <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann? _____		
zu hoher Blutdruck ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
zu niedriger Blutdruck ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	HIV - Infektion ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Asthma (schwere Atemnot) ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Herzschrittmacher ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Erhöhte Blutungsneigung ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Zuckerkrankheit ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bluterkrankung ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Magen- / Darmerkrankungen ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Lebererkrankung ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstiges ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Nur für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, in welchem Monat ? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch ? \_\_\_\_\_

### Wünschen Sie eine gezielte Beratung ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, über Karies- und Parodontosevorsorge    | <input type="checkbox"/> Ja, über Kronen und Brücken                         |
| <input type="checkbox"/> Ja, über professionelle Zahnreinigung       | <input type="checkbox"/> Ja, über Implantate                                 |
| <input type="checkbox"/> Ja, über Zahnfarb- aufhellungen (Bleaching) | <input type="checkbox"/> Ja, über Amalgamaustausch und Alternativmaterialien |
| <input type="checkbox"/> Ja, über _____                              |  |

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen ?  Ja  Nein Wenn ja, von wem ? \_\_\_\_\_  Nein

### Bitte beachten!

Örtliche Betäubung (Spritze) hat zur Folge, dass Sie 1 Std. nicht, und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_