



Zahnarztpraxis

Dr.med.dent.Ziata-Otto

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
damit wir die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand optimal anpassen können, bitten wir Sie,
diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz / Privat	Telefon Arbeit	Handy
Email	Beruf / Arbeitgeber	

Versicherung

Krankenkasse

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Privat versichert | |
| <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt |

Nur bei Kindern oder Familienversicherten: Bitte hier Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten eintragen.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Anzeige: |
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Arztbewertungsportal: |

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Das bedeutet, dass Ihre Termine individuell für Sie reserviert sind und wir Ihnen dadurch möglichst kurze Wartezeiten ermöglichen können.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Zahnarztpraxis
Dr. Kleopatra Ziata-Otto
Luitpoldstraße 22
82152 Krailling

Tel.: 089/8598059
Fax: 089/55052409
www.zahnarztpraxis-krailling.de
info@zahnarztpraxis-krailling.de



Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:	<hr/>	

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichen ruber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Augendruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:	<hr/>	

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviel am Tag?	<hr/>	

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Woche?	<hr/>	

Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<hr/>	

	Ja	Nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfalls-Krampfleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin, Zahnärztliche Betäubung, Latex, Kunststoffe, Duftstoffe, ...	<hr/>	

Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei wem:	<hr/>	

Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:	<hr/>	

<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:	<hr/>
<input type="checkbox"/> Cortison:	<hr/>
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:	<hr/>
<input type="checkbox"/> Antidepressiva:	<hr/>
<input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Plavix, Xarelto, ...)	<hr/>

<input type="checkbox"/> Antiresoptiva (Bisphosphonate, Denosumab)	<hr/>
z.B. Etidronat, Zometa, Fosamax, Actonel, Prolia, XGEVA, ...	<hr/>

<input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente:	<hr/>
--	-------

Mundgesundheitsituation

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnarchen Sie?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dürfen wir Ihnen Praxis-Neuigkeiten per Email oder Post zusenden?

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r)

