



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER ZAHNARZTPRAXIS | DR. JOHN

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Bevor wir uns gemeinsam über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Um Ihre Behandlung optimal vorbereiten zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen möglichst vollständig auszufüllen. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Nennen Sie uns Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes. Vielen Dank!

Ihre persönlichen Daten:

Name	Vorname
Straße	PLZ
Ort	
Geburtsdatum	E-Mail-Adresse
Telefon	Mobil
Beruf	

Die Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Name	Vorname
Straße	PLZ
Ort	
Geburtsdatum	E-Mail-Adresse
Telefon	Mobil
Beruf	

Ihr Versicherungsverhältnis:

Name der Krankenkasse / Privaten Versicherung _____

- Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfeberechtigt Basistarif versichert
 Zusatzversicherung für Zahnersatz Zahnerhaltung

Ihr Hausarzt: _____

Ihre allgemeine Gesundheit:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Herz-Kreislaufsystem: | <input type="radio"/> Infektionskrankheiten: |
| <input type="radio"/> Blutdruck | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Herzkloppenentzündung | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Grüner Star (Glaukom) |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Psychische Erkrankung | <input type="radio"/> Epilepsie |
| <input type="radio"/> Suchterkrankung | <input type="radio"/> sonstige Drogen |
| <input type="radio"/> Rauchen | <input type="radio"/> A |
| <input type="radio"/> Alkohol | <input type="radio"/> B |
| | <input type="radio"/> C |

ANAMNESEBOGEN



ZAHNARZTPRAXIS
DR. CHRISTIANE JOHN, M.SC.

Sonstige Erkrankungen: _____

Haben Sie Allergien oder Überempfindlichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen?

Wenn ja, welche?: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

- Herzmedikamente _____ Gerinnungshemmer _____
 Schmerzmittel _____ Antidepressiva _____
 weitere _____

Bitte teilen Sie uns immer Ihren aktuellen Medikamentenplan und Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Sollen Sie vor zahnärztlichen Eingriffen ein Antibiotikum einnehmen? ja nein

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein vielleicht

Ihre Zahngesundheit:

Haben Sie:

- Zahnschmerzen Kieferschmerzen Zahnfleischbluten empfindliche Zähne
 Zahnlockerung Kiefergelenkschmerzen Mundgeruch Mundtrockenheit

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie einen starken Würgereiz? ja nein

Haben Sie eine starke Schmerzempfindlichkeit? ja nein

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? ja nein

Legen Sie Wert auf schöne Zähne & gesundes Zahnfleisch? ja nein

Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung? ja nein

Sie sind uns wichtig:

Was ist Ihr heutiges Anliegen: _____

Was ist Ihnen beim Zahnarzt besonders wichtig? Was haben Sie am meisten vermisst?

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? _____

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Wann war Ihre letzte professionelle Zahncleaning? _____

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mundbereich? _____

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, vorstehende Informationen gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum Unterschrift _____