



Wir freuen uns, Sie heute bei uns begrüßen zu dürfen und möchten sicherstellen, dass Ihr Besuch so angenehm wie möglich verläuft.

Um Ihnen die bestmögliche Behandlung bieten zu können und eventuelle Komplikationen zu vermeiden, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Anamnesebogen vollständig und korrekt aus. Sollten Sie Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren. Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung.

Patient Name		Vorname	
Geburtsname	Geburtsort	Geburtsdatum	

Versicherter Name		Vorname	
Geburtsname	Geburtsort	Geburtsdatum	

Straße / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon	eMail	Beruf	

Versicherung	Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung?		ja	nein
Hausarzt / Anschrift				

Welche Medikamente vertragen Sie nicht?				
---	--	--	--	--

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?				
---	--	--	--	--

		Besitzen Sie eine Medikamentenliste?	ja	nein
--	--	--------------------------------------	----	------

Welche Allergien haben Sie? (Heuschnupfen, Sonstiges)				
---	--	--	--	--

		Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja	nein
--	--	----------------------------------	----	------

Besteht eine Schwangerschaft?	ja	Welches Trimenon	nein	
-------------------------------	----	------------------	------	--

Ich interessiere mich für alternative Heilmethoden	ja	weiß nicht	nein
--	----	------------	------

Ich interessiere mich für die digitale Abformung (Abdruck OHNE Abformmasse)	ja	nein	Ich hätte gerne nähere Informationen bzgl. einer Schnarcherschiene	ja	nein
---	----	------	--	----	------

**Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden allgemeinen oder speziellen Erkrankungen?
(Bitte entsprechend ankreuzen)**

Herz	hoher Blutdruck	ja	nein		niedriger Blutdruck	ja	nein
	Infarkt	ja	nein		Stent	ja	nein
	Schrittmacher	ja	nein		künstliche Klappen	ja	nein
	Schlaganfall	ja	nein		Bypass	ja	nein
Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus?		ja	nein		Künstliche Gelenke	ja	nein
Leiden Sie an Asthma		ja	nein		Augeninnendruckerhöhung	ja	nein
Blutungsneigung		ja	INR Wert / Meßzeitpunkt				nein
Diabetes (Zuckererkrankung)		ja	HbA1c Wert / Meßzeitpunkt				nein
Tumorerkrankung		ja	Welche?		Wann	nein	
Bisphosphonattherapie		ja	Einnahme	Injektion	Wie oft?		nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis A, B, C, HIV, Tuberkulose)		ja	Welche?				nein
Neuronale Erkrankungen (Epilepsie, Depression, sonstiges)		ja	Welche?				nein
Magen- / Darmleiden		ja	Welche?				nein
Nieren- / Blasenleiden		ja	Welche?				nein
Gelenkerkrankungen		ja	Welche?				nein
Veränderungen im Blutbild		ja	Welche?				nein
Kiefergelenk		ja	Schmerzen	Geräusche	Zähneknirschen	nein	
Schilddrüsenerkrankung		ja	Welche?				nein
Zahnfleischbluten		ja	Selten	Gelegentlich	Oft	Ständig	nein
Rücken- / Nackenschmerzen		ja	Selten	Gelegentlich	Oft	Ständig	nein
Sonstige Erkrankungen		ja	Welche?				nein
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?		ja	Datum		Organ	nein	

Wir bitten Sie, uns bei jeder Behandlung Änderungen Ihrer Krankengeschichte mitzuteilen.
Vielen Dank.

Datum

Unterschrift