Anamnese - Fragebogen

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für Ihren behandelten Zahnarzt; er verbleibt bei Ihren Akten und unterliegt dem Datenschutz. Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem Interesse genau.

Wir bitten um Vorlage Ihrer Krankenversichertenkarte. Andernfalls kann gemäß den vertraglichen Bestimmungen Privathonorar erhoben werden.

					0 1 0 1	
	Name		Vorname	(GebDatum	
itglied	 Name		Vorname		GebDatum	
	INAITIE		vomame	•	GebDatum	
nschrift	Straße / N	ummer	PLZ		Ort	
elefon						
	Privat		Geschäft	1	Handy	
rankenkass	e		pflichtversichert O	freiwillig versich	nert O	privat C
eruf	Α		peitgeber	Anschrift		
ausarzt, Na	me & Ansch	nrift				
	ACUTU	NCI Durch Botër	bunggapritzan kann dia	Eabytii abtigleait be	a a inträabtiet	wordoni
	<u>ACHTUI</u>	NG! Durch Betäu	ıbungsspritzen kann die	Fahrtüchtigkeit be	eeinträchtigt	werden!
Ja	Nein			Fahrtüchtigkeit be	eeinträchtigt	werden!
()	Nein () Ha	aben Sie anhalter	nde Schmerzen?			werden!
()	Nein () Ha	aben Sie anhalter aren Sie innerhal	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in			werden!
() () ()	Nein () Ha () W () Re	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Z	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich?	zahnärztlicher Beh	andlung?	
() () ()	Nein () Ha () W () Ro () Tr	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Z agen Sie herausr	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz?	zahnärztlicher Beh Seit wann?	andlung?	
() () () ()	Nein () Ha () W () Ra () Tr () Tr	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Z agen Sie herausr agen Sie festsitze	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann?	andlung?	
() () ()	Nein () Ha () W () Ro () Tr () Tr () Si	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Z agen Sie herausr agen Sie festsitze nd Sie Allergiker	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)?	andlung?	
() () () ()	Nein () Ha () W () Ro () Tr () Tr () Si	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Z agen Sie herausr agen Sie festsitze nd Sie Allergiker	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)?	andlung?	
() () () () ()	Nein () Ha () W () Ro () Tr () Tr () Si () Ha	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Z agen Sie herausr agen Sie festsitze nd Sie Allergiker	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislaufk	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)?	andlung?	
() () () () () ()	Nein () Ha () W () Re () Tr () Tr () Si () Ha () Le	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Z agen Sie herausr agen Sie festsitze nd Sie Allergiker atten / haben Sie	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)?	andlung?	
() () () () () () ()	Nein () Ha () W () Re () Tr () Tr () Si () Ha () Le () Si	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Z agen Sie herausr agen Sie festsitze nd Sie Allergiker atten / haben Sie eiden Sie an Ohnr nd Sie zuckerkral	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)? peschwerden?	andlung?	
() () () () () () () ()	Nein () Ha () W () Ro () Tr () Si () Ha () Le () Si () Si	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Z agen Sie herausr agen Sie festsitze nd Sie Allergiker atten / haben Sie eiden Sie an Ohnr nd Sie zuckerkran	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal G	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)? peschwerden? Selbsucht? (zutreffe	andlung?	reichen)
() () () () () () () () ()	Nein () Ha () W () Ro () Tr () Si () Ha () Le () Si () Si () Le	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Z agen Sie herausr agen Sie festsitze nd Sie Allergiker atten / haben Sie eiden Sie an Ohnr nd Sie zuckerkran nd Sie Leberkran	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal G	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)? peschwerden? Gelbsucht? (zutreffeder an einer Blutger	andlung? endes unterstr innungsstörur	reichen)
() () () () () () () () ()	Nein () Ha () W () Re () Tr () Si () Ha () Le () Si () Le () Le () Le	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Zagen Sie herausragen Sie festsitzend Sie Allergiker atten / haben Sie eiden Sie an Ohnrend Sie zuckerkrand Sie Leberkrand sie an einereiden oder litten S	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal Grerkrankung des Blutes od ie an Tuberkulose?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)? beschwerden? Gelbsucht? (zutreffeder an einer Blutger Wann?	andlung? endes unterstr innungsstörur	reichen)
() () () () () () () () () ()	Nein () Ha () W () Re () Tr () Si () Ha () Le () Si () Le () Le () Le () Le	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Zagen Sie herausragen Sie festsitzend Sie Allergiker atten / haben Sie eiden Sie an Ohnrend Sie zuckerkrand Sie Leberkrand Sie an einereiden oder litten Seiden Sie unter Aseiden Sie unter S	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal Greinstrankung des Blutes od ie an Tuberkulose?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)? beschwerden? Selbsucht? (zutreffeter an einer Blutger Wann?	andlung? endes unterstr innungsstörur	reichen) ng?
() () () () () () () () () ()	Nein () Ha () W () Re () Tr () Tr () Si () Ha () Si () Le () Si () Le () Le () Le () Le () Le	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Zagen Sie herausragen Sie festsitzend Sie Allergiker atten / haben Sie eiden Sie an Ohnred Sie zuckerkrand Sie Leberkran eiden Sie an einer eiden Sie unter Asaben oder hatten	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal Grerkrankung des Blutes od ie an Tuberkulose? sthma (schwere Atemnot)?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)? beschwerden? Selbsucht? (zutreffeder an einer Blutger Wann?	andlung? endes unterstr innungsstörur endes unterst	reichen) ng? reichen)
() () () () () () () () () () ()	Nein () Ha () W () Re () Tr () Tr () Si () Le () Si () Le	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Zagen Sie herausragen Sie festsitzend Sie Allergiker atten / haben Sie eiden Sie an Ohnred Sie zuckerkrand Sie Leberkrand sie Leberkrand eiden Sie an einer sieden Sie unter Asaben oder hatten aben oder hatten	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal Greinstrankung des Blutes od ie an Tuberkulose?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)? beschwerden? Selbsucht? (zutreffeder an einer Blutger Wann?	andlung? endes unterstr innungsstörur endes unterst	reichen) ng? reichen)
() () () () () () () () () () () () () (Nein () Ha () W () Re () Tr () Si () Le () Si () Le () Si	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Zagen Sie herausragen Sie festsitzend Sie Allergiker atten / haben Sie eiden Sie an Ohnred Sie zuckerkrand Sie Leberkrand Sie Leberkrand Sie an einereiden Sie unter Asaben oder hatten aben oder hattennd Sie Raucher?	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal G Erkrankung des Blutes od ie an Tuberkulose? sthma (schwere Atemnot)? Sie ein Magen- oder Darm Sie eine Schilddrüsenerkra	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)? beschwerden? Selbsucht? (zutreffeter an einer Blutger Wann? egeschwür? (zutreffendankung? (zutreffendankung? (zutreffendankung?)	endes unterstrinnungsstörur endes unterst	reichen) ng? reichen)
() () () () () () () () () () () () () (Nein () Ha () W () Re () Tr () Si () Le () Si () Le () Ha () Ha () Ha	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Zagen Sie herausragen Sie festsitzend Sie Allergiker atten / haben Sie eiden Sie an Ohnred Sie zuckerkrand Sie Leberkran eiden Sie an einereiden oder litten Seiden oder hatten aben oder hatten nd Sie Raucher? aben Sie ein Organsteren oder Sie ein Organsteren Sie ein Organs	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal Grekrankung des Blutes od ie an Tuberkulose? sthma (schwere Atemnot)? Sie ein Magen- oder Darm Sie eine Schilddrüsenerkrantransplantat oder einen F	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)? beschwerden? Selbsucht? (zutreffeter an einer Blutger Wann? egeschwür? (zutreffendankung? (zutreffendankung? (zutreffendankung?)	endes unterstrinnungsstörur endes unterst	reichen) ng? reichen)
() () () () () () () () () () () () () (Nein () Ha () W () Ro () Tr () Si () Ha () Si () Lo () Lo () Lo () Lo () Lo () Lo () Ha () Ha () Ha () Si	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Zagen Sie herausragen Sie festsitzend Sie Allergiker atten / haben Sie eiden Sie an Ohnred Sie zuckerkrand Sie Leberkran eiden Sie an einereiden oder litten Seiden Ger hatten aben oder hatten nd Sie Raucher? aben Sie ein Organd Sie AIDS infizi	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal Grekrankung des Blutes od ie an Tuberkulose? sthma (schwere Atemnot)? Sie ein Magen- oder Darm Sie eine Schilddrüsenerkrantransplantat oder einen Fert?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? seimittel)? beschwerden? Gelbsucht? (zutreffeder an einer Blutger Wann? ageschwür? (zutreffendankung? (zutreffendankung?)	endes unterstr innungsstörur ——— endes unterst	reichen) ng? reichen) chen)
() () () () () () () () () () () () () (Nein () Ha () W () Ro () Tr () Si () Ha () Si () Lo () Si	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Zagen Sie herausragen Sie festsitzend Sie Allergiker atten / haben Sie an Ohnred Sie zuckerkrand Sie Leberkrand Sie Leberkrand Sie an einer eiden Sie unter Asaben oder hatten aben oder hatten aben Sie Raucher? aben Sie ein Organd Sie AIDS infizind Sie schwange	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal Grentrankung des Blutes od ie an Tuberkulose? sthma (schwere Atemnot)? Sie ein Magen- oder Darm Sie eine Schilddrüsenerkrantransplantat oder einen Hert?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? seimittel)? beschwerden? Gelbsucht? (zutreffeter an einer Blutger Wann? ageschwür? (zutreffendankung? (zutreffendankung? (zutreffendankung?)	endes unterstr innungsstörur endes unterst des unterstreic	reichen) ng? reichen) chen)
() () () () () () () () () () () () () (Nein () Ha () W () Ro () Tr () Si () Lo () Si () Lo ()	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Zagen Sie herausragen Sie festsitzend Sie Allergiker atten / haben Sie an Ohnred Sie zuckerkrand Sie Leberkrand Sie Leberkrand Sie an einer eiden Sie unter Asaben oder hatten aben oder hatten d Sie Raucher? aben Sie ein Organd Sie AIDS infiziend Sie schwange etzte röntgen- oder	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal Grerkrankung des Blutes od ie an Tuberkulose? sthma (schwere Atemnot)? Sie ein Magen- oder Darm Sie eine Schilddrüsenerkrantransplantat oder einen Hert? r?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)? beschwerden? Selbsucht? (zutreffeter an einer Blutger Wann? eigeschwür? (zutreffendankung? (zutreffendankung? (zutreffendankung?)	endes unterstr innungsstörur endes unterst des unterstreid	reichen) ng? reichen) chen)
() () () () () () () () () () () () () (Nein () Ha () W () Ro () Tr () Si () Lo () Si () Lo ()	aben Sie anhalter aren Sie innerhal einigen Sie Ihre Zagen Sie herausragen Sie festsitzend Sie Allergiker atten / haben Sie an Ohnred Sie zuckerkrand Sie Leberkrand Sie Leberkrand Sie an einer eiden Sie unter Asaben oder hatten aben oder hatten d Sie Raucher? aben Sie ein Organd Sie AIDS infiziend Sie schwange etzte röntgen- oder	nde Schmerzen? b der letzten 12 Monate in ähne mehrmals täglich? nehmbaren Zahnersatz? enden Zahnersatz? enden Zahnersatz? (z.B. Heuschnupfen, Arzne ernsthafte Herz- Kreislauft machtsneigung? nk? k oder hatten Sie einmal Grentrankung des Blutes od ie an Tuberkulose? sthma (schwere Atemnot)? Sie ein Magen- oder Darm Sie eine Schilddrüsenerkrantransplantat oder einen Hert?	zahnärztlicher Beh Seit wann? Seit wann? eimittel)? beschwerden? Selbsucht? (zutreffeter an einer Blutger Wann? eigeschwür? (zutreffendankung? (zutreffendankung? (zutreffendankung?)	endes unterstr innungsstörur endes unterst des unterstreid	reichen) ng? reichen) chen)

Ich nehme zur Kenntnis und wurde nochmals darauf hingewiesen, dass nach der Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahruntüchtigkeit stark eingeschränkt sein kann und im Falle eines Unfalls keine Versicherung für eventuelle Schäden aufkommt.

Datum	Unterschrift