Zahnarztpraxis Martin Groß

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.

Patient _____
Name Vorname Geb.-Datum

Mitglied _____
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift _____
Straße / Nummer PLZ Ort

Telefon _____
Privat Geschäft Handy

Krankenkasse _____ pflichtversichert O freiwillig versichert O privat O

_____
Beruf Arbeitgeber Anschrift

Hausarzt, Name & Anschrift _____

ACHTUNG! Durch Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden!

Ja	Nein	
( )	( )	Haben Sie anhaltende Schmerzen?
( )	( )	Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate in zahnärztlicher Behandlung?
( )	( )	Reinigen Sie Ihre Zähne mehrmals täglich?
( )	( )	Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz? Seit wann? _____
( )	( )	Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz? Seit wann? _____
( )	( )	Sind Sie Allergiker (z.B. Heuschnupfen, Arzneimittel)? _____
( )	( )	Hatten / haben Sie ernsthafte Herz- Kreislaufbeschwerden?
( )	( )	Leiden Sie an Ohnmachtsneigung?
( )	( )	Sind Sie zuckerkrank?
( )	( )	Sind Sie Leberkrank oder hatten Sie einmal Gelbsucht? (zutreffendes unterstreichen)
( )	( )	Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes oder an einer Blutgerinnungsstörung?
( )	( )	Leiden oder litten Sie an Tuberkulose? Wann? _____
( )	( )	Leiden Sie unter Asthma (schwere Atemnot)?
( )	( )	Haben oder hatten Sie ein Magen- oder Darmgeschwür? (zutreffendes unterstreichen)
( )	( )	Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung? (zutreffendes unterstreichen)
( )	( )	Sind Sie Raucher?
( )	( )	Haben Sie ein Organtransplantat oder einen Herzschrittmacher?
( )	( )	Sind Sie AIDS infiziert?
( )	( )	Sind Sie schwanger? Welcher Monat? _____
( )	( )	Letzte röntgen- oder nuclearmedizinische Untersuchung? Wann? _____
( )	( )	Nehmen Sie Drogen? Welche? _____
( )	( )	Nehmen Sie Medikamente? Welche? _____

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**