

2. Allgemeine Anamnese

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Haben Sie einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente? (Antibiotika, Schmerzmittel, Anästhetika) Wenn ja welche: _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Traten schon einmal Probleme nach zahnärztlichen Spritzen auf? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche: _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Leiden Sie an Asthma, Heuschnupfen oder anderen Überempfindlichkeiten? Woran: _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bluten Sie lange nach Verletzungen oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn „Ja“, welche? _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Herz-/Kreislaufkrankungen? <input type="checkbox"/> Herz-Rhythmus-Störungen <input type="checkbox"/> Klappenersatz / Bypass <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> andere | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Leiden Sie unter Stoffwechselkrankheiten? <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Neigen Sie zu Krämpfen / Epilepsie? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Rauchen Sie? Wenn „Ja“, wie viel pro Tag? _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hatten Sie jemals <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> schweres Rheuma | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Leiden Sie unter Infektionskrankheiten (z.B. HIV) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

3. Zahnärztliche Anamnese

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung? Wenn „Ja“, aus welchem Anlass? _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Beschwerden beim Kauen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Gibt es empfindliche, raue oder störende Zähne? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Zahnfleischprobleme / Bluten beim Zähne putzen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Leiden Sie unter Spannungskopfschmerz? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder in der Ohrumgebung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bestehen häufig Hals- oder Nackenverspannungen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Halten Sie den Erhalt Ihrer eigenen Zähne für wichtig? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Wurde bei Ihnen schon eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sind Sie an Informationen über Sport- Mundschutz und/oder einer Schnarchschiene interessiert? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Existieren Zahn-/Kiefer-Röntgenbilder jüngerer Datums | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Mundgeruch bemerkt oder den Verdacht, dass Sie welchen haben? Wenn ja, <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich Versicherter verpflichtet bin, meine Versicherungskarte binnen 10 Tagen vorzulegen. Andernfalls können wir die erbrachten Leistungen in einer Privatrechnung nach GOZ in Rechnung stellen. Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

WICHTIG! Terminänderungen oder Absagen sind so früh wie möglich, allerspätestens 24 h vor der vereinbarten Behandlungszeit vorzunehmen. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine erstellen wir eine Ausfallrechnung, die sich nach der Art und der Dauer der jeweiligen Behandlung richtet.

Datum: _____ Unterschrift: _____