

ANAMNESE FRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen im Zahnarztzentrum Astratum!

Bevor wir uns in Ruhe über ihre zahnmedizinischen Wünsche/Probleme unterhalten, benötigen wir neben ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren zahnmedizinischen und allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist für eine adäquate und risikofreie Behandlung unerlässlich. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Wir helfen Ihnen gerne weiter.



ZAHNARZTZENTRUM
ASTRATUM

Henrike Blanke
Dr. Christian Lampe
Daniel Vahrmeyer

ANGABEN ZUR PERSON

Name	Titel
Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Tel. privat	Tel. mobil
Email	Beruf
Arbeitgeber	Tel. Arbeitsplatz

Versicherung

• Privat Name	• Gesetzlich Name
ggf.: • Basistarif • Beihilfe • Sonstige	• Private Zusatzversicherung,
	Name

Wenn sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name	Titel
Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Nr.	PLZ, Ort

Rechnungsanschrift, falls abweichend

Name	Titel
Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Nr.	PLZ, Ort

ZAHNMEDIZINISCHE FRAGEN

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

.....

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme Ihrer Zähne gemacht?

.....

Haben Sie Zahnschmerzen?

• Ja, folgende/wo

• Nein

Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

.....

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

• Ja • Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

• Ja • Nein

Haben Sie Geräusche/Schmerzen im Kiefergelenk (z.B. Knacken)?

• Ja, folgende/wo

• Nein

Knirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen?

• Ja • Nein

GESUNDHEITSFRAGEN ZUR PERSON

Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems
(Herzinfarkt, Schlaganfall, Gerinnungsstörung)

- Ja
- Nein

Erkrankungen der Leber

- Ja
- Nein

Erkrankungen der Niere

- Ja
- Nein

Erkrankungen der Atemwege (z.B. Asthma, Tbc)

- Ja
- Nein

Erkrankungen von Magen/Darm

- Ja
- Nein

Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie)

- Ja
- Nein

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes)

- Ja
- Nein

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, teilen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes und ggf. Facharztes mit:

Name

Strasse, Nr.

Infektionskrankheiten

- HIV pos/AIDS • Ja • Nein
Hepatitis A - B - C • Ja • Nein
Sonstige

Sonstige Erkrankungen (z.B. Glaukom, Osteoporose)

- Ja
- Nein

Schwangerschaft

- Ja, welche Woche
- Nein

Allergien

- Ja
- Nein

Hatten Sie bereits bei einer Lokalanästhesie („Spritze“) Probleme?

- Ja
- Nein

Nikotin

- Ja, wie viel/Tag
- Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja
- Nein

SONSTIGE HINWEISE

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung • Internet • Facebook • Sonstiges

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Wichtiger Hinweis: Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Zwecks einer langfristigen Absicherung der Behandlungsergebnisse nehmen wir Sie sehr gerne in unser Wiederbestellsystem (Recall) auf.

Terminerinnerung bitte per: • Email • SMS • Post • Keine

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund, diese mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Hamburg,

Datum

.....

Unterschrift