



Liebe Patientin, lieber Patient,

Um möglichst gut auf Ihre Bedürfnisse, Wünsche und Besonderheiten einzugehen, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten und Fragen zum Ausfüllen wenden Sie sich gerne an uns.

Ihre Dr. Anne Hausmann & Team

Persönliche Angaben

Name/Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
Telefonnummer privat	Telefonnummer mobil
E-Mail Adresse	Beruf

Krankenversicherung :

Krankenkasse

privat versichert ja nein Basistarif ja nein beihilfeberechtigt ja nein

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, tragen Sie bitte hier die Daten des Versicherungsnehmers ein (z.B. bei familienversicherten Kindern):

Name/Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
Beruf	Arbeitgeber

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung
- Flyer
- Homepage
- Jameda
- Sporthochschule
- Überweisung von: _____
- Sonstiges: _____

Was ist der Anlass Ihres Termins bei uns?

- Routinekontrolle
- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Beratung zum Thema Mundgeruch
- neuer Zahnersatz
- Schmerzen
- zweite Meinung
- Bleaching (Zahnaufhellung)
- Sonstiges: _____

Wünschen Sie eine Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen?

- per E-Mail per SMS per Anruf



Allgemeinärztliche Anamnese

Leiden oder litten Sie unter folgenden Erkrankungen?

Allergien/Überempfindlichkeiten, wenn ja, welche:

Blutgerinnungsstörung

Bluthochdruck

Herzerkrankung, wenn ja, welche:

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Herzklappenersatz? ja nein

Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig? ja nein

Schlaganfall

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

HIV positiv

Hepatitis B

Hepatitis C

Tuberkulose

Schilddrüsenerkrankung, wenn ja, welche:

Magen-Darm-Erkrankung, wenn ja, welche:

Nierenerkrankung, wenn ja, welche:

Lebererkrankung, wenn ja, welche:

Migräne

Augenerkrankung (z.B. grüner Star)

Osteoporose

Asthma

Epilepsie

psychische Erkrankungen

Tumorerkrankung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche (oder Medikamentenliste beilegen):

Haben Sie einen Ausweis für eine Erkrankung oder für
Medikationen, z.B. Allergiepass, Herzpass, Endokarditispass?

ja nein

Sind jemals Unverträglichkeiten auf Medikamente oder
Betäubungsspritzen bei Ihnen aufgetreten, z.B. Ohnmacht,
Allergie? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Leben sie vegan (frei von tierischen Produkten)? ja nein

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Zahnärztliche Anamnese

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wann sind Sie das letzte Mal im Mund-/Kieferbereich geröntgt
worden?

Leiden Sie unter:

- empfindlichen Zähnen (z.B. bei süß oder kalt)? ja nein
- Zahnfleischbluten? ja nein
- Zahnfleischrückgang? ja nein
- Schlechtem Geschmack oder schlechtem Atem? ja nein
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Kiefergelenkbeschwerden? ja nein
- Zahnschmerzen? ja nein
- Mundschleimhautproblemen (z.B. häufig Aphten)? ja nein

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne (Form, Farbe, Stellung)
zufrieden? ja nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig oder unregelmäßig
professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)? ja nein

Sollten sich zukünftig Änderungen Ihrer Angaben ergeben,
bitten wir Sie, uns baldmöglichst darüber zu informieren.
Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer
Angaben.

Ich stimme der elektronischen Verarbeitung meiner Daten zu.

Datum, Ort

Unterschrift Patient