

Bitte drucken Sie diesen Bogen aus und bringen ihn zu Ihrem ersten Termin mit.



Anamnesebogen des Patienten _____

Allgemeine Situation	ja	nein	Zahn- und Mundsituation	ja	nein
Sind Sie in dauernder ärztlicher Behandlung ?			Sind Sie in den letzten drei Monaten im Kopf/ Kieferbereich geröntgt worden ?		
Hausarzt _____			Leiden Sie an Zahnfleischbluten ?		
Leiden Sie an einer Herzerkrankung ?			Wünschen Sie generell eine Behandlung mit örtlicher Betäubung ?		
Haben Sie niedrigen bzw. hohen Blutdruck ?			Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne , mit Ihrem „Lächeln „ zufrieden ?		
Leiden Sie an Allergien wie :			Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen oder Gähnen) ?		
* Asthma ?			Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung (PZR) ?		
* Heuschnupfen ?			Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung ?		
* Latex ?			Ich möchte regelmäßig an meine Kontrolluntersuchungen erinnert werden :		
* Penicillin ?			* halbjährlich		
Leiden Sie an Infektionskrankheiten, wie :			* jährlich		
* HIV / AIDS ?			Datum :		
* TBC ?			Unterschrift :		
* Gelbsucht ?					
Nehmen Sie Blutverdünner ?					
Leiden Sie an :					
* Leberkrankheiten ?					
* Rheuma ?					
* Schilddrüsenerkrankung ?					
* Diabetes ?					