



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Männlich: Weiblich: Geb.-Datum: _____

Wohnanschrift: _____

Telefonnr.: _____ Emailadresse: _____

Sind Sie ein Privatpatient? Wenn ja bei welcher Versicherung? Basis-/Standarttarif? _____

Falls Sie einen Basis-/Standarttarif haben, wird der erhöhte Faktor evtl. nicht bezahlt.

Haben Sie ein Zahn-Zusatzversicherung? ja nein

Schließen Sie evtl. derzeit eine Versicherung ab?

Bitte eine Unterschrift zur Kenntnisnahme _____

Name Ihres Zahnarztes: _____

Name Ihres praktischen Arztes/Internist/Kinderarzt: _____

Name Ihres Kieferorthopäden: _____

	ja	nein	wenn ja, Wo?
1. Haben Sie Schmerzen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Haben Sie manchmal Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder im Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	ja	nein	wenn ja welche ?	Herz-Kreislauf-Erkrankungen z.B.	ja	nein	wenn ja welche / wann
Allergie gegen Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Herzinfarkt, -klappenfehler usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Aids, Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				_____

Nehmen Sie auch in festen Abständen Medikamente ein? Bisphosphonattherapie (Osteoporose) ? Wenn ja, wie oft? _____

Haben Sie andere wichtige Erkrankungen? _____

Ich willige ein, dass nach Abschluss der Behandlung mein Hausarzt über die durchgeführte Behandlung informiert wird.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ort, Datum

Unterschrift