POPITA
MEIN ZAHNARZT IN FRANKFURT

Anamnesebogen

Patient/in Name Vorname Geburtsdatum

_____

Versicherte/r Name Vorname Geburtsdatum

_____

Anschrift _____
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

_____
Telefon Mobil-Nr. E-Mail

Beruf _____ Arbeitgeber_____

Krankenkasse _____

Beihilfeberechtigt? Ja ❑ nein ❑ zusätzlich versichert ❑ freiwillig versichert ❑

Hausarzt _____
Name Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Allgemeine Situation

Allergien (z.B. Penicillin, Metalle) Ja ❑ nein ❑
Wenn ja, welche? _____
Blutdruck niedrig ❑ normal ❑ hoch ❑
Herzerkrankungen / Herzrhythmusstörungen Ja ❑ nein ❑
Nehmen Sie Blutverdünner (Marcumar, ASS, Xarelto)? Ja ❑ nein ❑
Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV) Ja ❑ nein ❑
Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja ❑ nein ❑
Schilddrüsenerkrankungen Ja ❑ nein ❑
Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein? Ja ❑ nein ❑
Wenn ja, welche? _____
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Ja ❑ nein ❑
Sonstige Erkrankungen? _____

Zahn-Mund-Situation

Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang Ja ❑ nein ❑
Geräusche im Kiefergelenk Ja ❑ nein ❑
Schmerzen am Kopf oder Nacken Ja ❑ nein ❑
Sind Sie mit der Stellung/Form/Farbe zufrieden? Ja ❑ nein ❑
Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt? Vor _____ Monaten
Besteht eine Schwangerschaft? Ja ❑ nein ❑ ungewiss ❑

Empfohlen / überwiesen durch: _____

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.
Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

_____
Datum Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)