

ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in Ihrer Zahnarztpraxis!

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie daher, uns alle Änderungen frühzeitig mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Danke für Ihre Mitarbeit!
Ihr Praxisteam Dres. Thorn

Persönliches

Name/Vorname	Geburtsdatum
	Geburtsort
Straße/Nr.	PLZ/Ort
E-Mail	Beruf/Arbeitgeber
Tel. privat	Tel. Mobil
Krankenkasse	Tel. geschäftl.

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> Basistarif |
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung | |

Sie sind nicht selbst Krankenversicherungsmittglied? Wer ist Versicherter?

Name/Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr.	PLZ/Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name/Ort/Tel

Warum suchen Sie uns auf?

- Routinekontrolle
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- Beratung
- andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen?

- Dauerschmerz
- Temperaturempfindlichkeit
- Kieferschmerzen
- Kiefergelenkschmerzen
- Zähne reagieren auf süß und sauer
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des...

- Herzens
- Leber
- Nieren
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Traktes
- Gelenke (Rheuma)
- Wirbelsäule

Haben oder hatten Sie...

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- blutverdünnende Mittel (z.B. ASS, Marcumar)
- andere Medikamente:

Haben oder hatten Sie...

- hohen Blutdruck
- niedrigen Blutdruck
- Diabetes
- Zahnfleischbluten
- Ohrensausen/Tinnitus
- Epilepsie
- Grünen
- Star
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheuma
- Tuberkulose
- HIV (Aids)
- Allergien (Wenn ja, welche?)

- Hepatitis (Wenn ja, welcher Typ?)
A B C
- Sonstige Infektionen/Erkrankungen (Welche?)

Haben oder hatten Sie ein/e(n)...

- Herzklappenentzündung
- Herzschrittmacher
- Angina
- Pectoris
- Herzinfarkt

Wichtige Hinweise

1. Die Praxis wird nach dem „Bestellsystem“ geführt. Reservierte, aber nicht spätestens 24h vorher freigegebene Behandlungszeiten werden daher in Rechnung gestellt.
2. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.
3. Teilen Sie uns bitte Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welcher Woche?

Wann ist der Entbindungstermin?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Telefon-/Branchenbuch
 - von Bekannten empfohlen
 - Sonstiges:
-

Datum, Unterschrift

Was trifft auf Sie zu?

- Ich knirsche mit den Zähnen.
 - Ich bin psychisch stark belastet.
 - Ich rauche. (Wenn ja, wieviele?)
-
- Ich trinke. (Wenn ja, wieviel?)
-

Telefon

069 / 615 005

E-Mail

praxis@thorn-zahnmedizin.de

Telefax

069 / 260 974 14

Adresse

**Gem. Praxis Dres. Thorn & Thorn
Ziegelhüttenweg 1-3
60598 Frankfurt am Main**