



Mitglied der Deutschen Gesellschaft für  
 Laserzahnheilkunde

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für  
 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

## Anamnese - Aufnahmebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Str./Hausnr. : \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Freunde, wer? .....
- Zufall
- Überweisung durch: .....

- Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung ihres Kauorgans?
- Wünschen Sie nur eine Behandlung der z. Z. vorhandenen Beschwerden?

### Ist Ihnen die Ästhetik:

- Sehr wichtig , wichtig , nicht so wichtig , total unwichtig
- Gefällt Ihnen Ihr Lächeln / Ihre Zähne  Ja  Nein

### Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Implantate
- Keramikfüllungen
- Amalgamsanierung
- Ästhetische Zahnheilkunde mit Vollkeramik
- Bleaching / Zahnaufhellung
- Prophylaxe / professionelle Zahnreinigung
- Parodontosebehandlung mit Laser
- Wurzelkanalbehandlung mit Laser
- Recall / Vorsorgeerinnerungsservice
- digitales, strahlungsarmes Röntgen
- Akupunktur
- Sonstiges .....

### Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star (Glaucom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf – oder Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallgeschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher oder niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma, Atemnot, Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz – Kreislauf – Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche: .....			(Angina pectoris, Infarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche: .....			HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehme Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihnen ein AIDS – Test gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche: .....			Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind jemals Probleme bei ärztlichen Behandlungen aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche: .....			Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

> Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

> Bei Nichteinhaltung von Terminen, ohne vorherige Absage, kann der entstandene Honorarverlust in Rechnung gestellt werden.

> Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden.

Oppenheim, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift