

Patient: _____

Telefonnr.: _____

A. ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Ja/Nein

1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?
Hausarzt: _____
2. Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein? z. B. Blutverdünner

3. Bluten Sie lange nach einer Verletzung?

Hatten Sie jemals:

4. Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?
(z.B. Penicillin, Jod etc.) _____
5. Asthma, Heuschnupfen oder Allergien?
6. Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen (z.B. Hyper-, Hypotonie)?
7. Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen?
8. Lebererkrankungen (Gelbsucht) oder Nierenerkrankungen?
9. Diabetes (Zuckerkrankheit)?
10. Atemwegserkrankungen?
11. Infektiöse Erkrankungen (TBC, Hepatitis, AIDS, Geschlechtserkrankung)?
12. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____
13. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche? _____
14. Krebserkrankungen/ Chemotherapie/ Infusionstherapie (Zometa u.a.)?

B. ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

1. Haben Sie Beschwerden an den Zähnen? Wo? _____
2. Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch? Wo? _____
3. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?
4. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem?
5. Haben Sie Schmerzen o. ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk o. Gesichtsbereich?
6. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals-, oder Schulterschmerzen?
7. Benutzen Sie außer Zahnbürste und Zahnpasta noch andere Mundhygienemittel?
Welche: _____
8. Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung?
Hauszahnarzt: _____
9. Kommen Sie:
- zur Beratung oder Kontrolle?
 - zur Notfallbehandlung oder Reparatur des Zahnersatzes?
 - zur umfassenden zahnärztlichen Behandlung?
 - durch Überweisung?
 - auf Empfehlung? Wenn ja, von wem? _____

Datum/ Unterschrift: _____