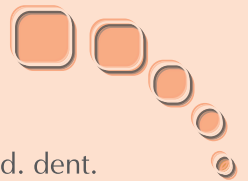


Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um den vorliegenden Fragebogen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese) zu beantworten. Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand besser beurteilen und Sie dann optimal behandeln können.



Dr. med. dent.
DIRK BASTKOWSKI
 Zahnarzt

Patient

Name, Vorname Geburtsdatum

Ort, Straße, Nr.

Telefonnummer

Beruf Arbeitgeber

Ihre Versicherung / Krankenkasse

Allgemeinmedizinische Anamnese:

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja / nein
 welche?

.....

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja / nein

Allgemeine Erkrankungen

Diabetes (Zucker) ja / nein

Hepatitis B,C ja / nein

Tuberkulose ja / nein

HIV ja / nein

Endokarditis ja / nein

Nierenerkrankungen ja / nein

Blutgerinnungsstörungen ja / nein

Infarkt ja / nein

Zahnärztliche Anamnese

Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch?
 Blutung / Rückgang / Brennen ja / nein

Beobachten Sie Zahnlockerungen? ja / nein

Hatten Sie eine Parodontosebehandlung? ja / nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja / nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja / nein

Schnarchen Sie? ja / nein

Sollte das Ausfüllen des Bogens Ihnen bei irgendeinem Thema Probleme bereiten, so sprechen Sie uns darauf an.

Datum Unterschrift
 (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Versicherungsnehmer

Name, Vorname Geburtsdatum

Ort, Straße, Nr.

Telefonnummer

Beruf Arbeitgeber

Ihre Versicherung / Krankenkasse

Benötigen Sie ständig Medikamente? ja / nein
 welche?

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? ja / nein

Sind Allergien bekannt ja / nein
 wogegen?

Andere Erkrankungen?

Sind Sie mit der Form und Farbe
 Ihrer Zähne zufrieden? ja / nein

Sind Sie Raucher? ja / nein

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere
 Praxis aufsuchen?

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt

Ich möchte an meine Vorsorgeuntersuchung
 erinnert werden ja / nein



Bitte eine Erinnerung via eMail an:

.....

Keine Weitergabe an Dritte!