

**Zahnarztpraxis Dr. Minderjahn
Stolberg**

Fragen zur Gesundheit (ärztliche Anamnese)

A. Allgemeiner Teil:

Vor der Behandlung im eigenen Interesse bitte sorgfältig ausfüllen!

Name Vorname Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl Ort

Telefon-/ Handynummer Email

Beruf Arbeitgeber/ Anschrift Krankenkasse

Über wen sind Sie versichert?

Name Vorname Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl Ort

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja _____

B. Krankengeschichte:

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Antwort ankreuzen und ggf. ergänzen!

Allergie nein ja _____

Atemwegserkrankungen nein ja _____

Blutgerinnungsstörung nein ja _____

Zuckerkrankheit nein ja _____

Anfallsleiden nein ja _____

erhöhter Augeninnendruck nein ja _____

Schilddrüsenerkrankung nein ja _____

**Zahnarztpraxis Dr. Minderjahn
Stolberg**

Herz-Kreislauf-Erkrankungen nein ja _____

Herzinfarkt	nein	ja	wann? _____
Herzschwäche	nein	ja	
Angina pectoris	nein	ja	
Herzrhythmusstörung	nein	ja	
niedriger Blutdruck	nein	ja	
hoher Blutdruck	nein	ja	
Herzklappenerkrankung	nein	ja	
Herzklappenersatz	nein	ja	
Herzschrittmacher	nein	ja	

Infektionskrankheiten nein ja, welche? _____

Gelbsucht (Hepatitis)	ja
HIV, AIDS	ja
Tuberkulose	ja

Orthopädische Erkrankung nein ja, welche? _____

HWS- Syndrom	ja
Künstliches Gelenk	ja
Osteoporose	ja

Tumorerkrankung nein ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja, in welcher Woche? _____ ungewiß

C. Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie ein, regelmäßig oder vorübergehend?

Name und Anschrift Ihres Hausarztes, den wir bei Bedarf konsultieren können.

D. Spezielle Angaben zur Zahngesundheit:

Schmerzt ein Zahn oder ein Kiefer?	nein	ja
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	nein	ja
Haben Sie Kopf-/ Nackenschmerzen?	nein	ja
Sind Zähne locker?	nein	ja
Sie sind Raucher?	nein	ja
Haben Sie in der letzten Zeit Stress?	nein	ja
Sind Sie ängstlich?	nein	ja

E. Allgemeine Angaben zur Behandlung

Legen Sie Wert auf eine Betäubung? nein ja

Sollen wir Behandlungsschritte erklären? nein ja

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? Monat/ Jahr _____

Wann war die letzte Zahnarztbehandlung? Monat/ Jahr _____

Die Vollständigkeit und Richtigkeit bestätige ich mit meiner Unterschrift!

Datum: _____

Name: _____