

**Zahnarztpraxis Dr. U. Minderjahn
Stolberg**

Fragen zur Gesundheit (ärztliche Anamnese)

A. Allgemeiner Teil:

Vor der Behandlung im eigenen Interesse bitte sorgfältig ausfüllen!

Name Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ Ort

Handynummer Telefonnummer Email

Beruf Arbeitgeber/ Anschrift Krankenkasse

Über wen sind Sie versichert?

Name Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ Ort

Krankenkasse

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja/ nein

Welcher Pflegegrad (1 – 5 nach 2. Pflegestärkungsgesetz) wurde festgestellt? _____

Möchten Sie den Erinnerungsservice (Recall) zur Vorsorge nutzen? Ja/ nein
Wie möchten Sie erinnert werden? 1mal/ 2mal im Jahr per Postkarte

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. U. Minderjahn Stolberg

Herz-Kreislauf-Erkrankungen nein ja _____

Herzinfarkt ja wann? _____
Herzschwäche ja
Angina pectoris ja
Herzrhythmusstörung ja
niedriger Blutdruck (Hypotonie) ja
hoher Blutdruck (Hypertonie) ja
Herzklappenerkrankung ja
Herzklappenersatz ja
Herzschrittmacher ja

Infektionskrankheiten nein ja, welche? _____

Gelbsucht (Hepatitis) ja
HIV, AIDS ja
Tuberkulose ja
Covid 19 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 (zahnmedizinische Anamnese):

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 _____

F. Die Datenschutzerklärung habe ich im Aushang/ Homepage zur Kenntnis genommen

Die Vollständigkeit und Richtigkeit alle Angaben bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Datum: _____

Name: _____