



ZAHN –
QUALITÄT
BY ZIEGLER

Christopher Ziegler

adresse

Drosselgasse 14
38442 Wolfsburg

telefon 05362 52233

mail info@z-hoch-zwei.de

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Christopher Ziegler & Team

Persönliches

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Straße PLZ, Ort

Telefon (Festnetz/Mobil) Telefon für Notfälle

E-Mail Beruf, Arbeitgeber

Versicherung

Name der Krankenkasse

gesetzlich versichert privat versichert zahnzusatzversichert

Sind Patient und Versicherungsnehmer nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers.

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Hausarzt

Name Ort/Telefonnummer

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Internet Sonstiges

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, das Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung
 neuer Zahnersatz zweite Meinung Sonstiges:

Bitte wenden!

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche: _____		
Herzerkrankungen (Herzpass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche: _____		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HbA1c-Wert: _____		
Allergien/Arzneimittelüberempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche: _____		
OP's in den letzten 2 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche: _____		
Endoprothesen/Implantate (z.B. Herzklappe, Herzschrittmacher, Stent, Hüfte, Knie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche: _____		
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, in welcher SSW: _____		
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche: _____		

Infektionskrankheiten/Bakterien

HIV
 Hepatitis A / B / C
 Tuberkulose
 MRSA-Keim
 Sonstiges: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

Blutverdünnende Medikamente: _____

<input type="checkbox"/> Blutdrucksenker	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> Kortison
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Medikamentenpass
<input type="checkbox"/> Pflegestufe I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III

Sonstiges: _____

Mundgesundheit

Wann wurde die letzte zahnärztliche Untersuchung durchgeführt? _____

Wann sind die letzten Röntgenbilder angefertigt worden? _____

	ja	nein
Rauchen Sie? Wieviel am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Schiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Kiefergelenkgeräusche, Knacken oder Reiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Migräne oder häufigen Kopf-/Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie überempfindliche Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen bereits eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie in unser Recall-Programm (Prophylaxe) aufgenommen werden? ja nein

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit für Sie reserviert. **Wir bitten daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Verteter/in