

Zahnärztliche Anamnese

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
 Wohnanschrift: _____
 Telefonnummer: _____ Mobil: _____
 Hausarzt: _____
 Email-Adresse: _____

- | | ja | nein | wenn ja, Wo? |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 1. Haben Sie Schmerzen an den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Haben Sie Schmerzen am Zahnfleisch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Haben Sie manchmal Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder im Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Name: _____
Straße/Ort: _____ |
| 7. Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vorr. Geburtstermin _____ |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
welche? _____ | | | |

9. Haben Sie Schmerzen am / im
- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Kopf (allgemein) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nacken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ohrbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Kiefergelenke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Schläfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie (welche?) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung (welche?) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (welcher Typ?) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz/-schwäche | <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung |
| | <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck |
| | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Verminderter Blutdruck |
| | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Immunmangel-Syndrom (AIDS) |
| welche? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> Magen- Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheumaerkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | welche? _____ |

Wir erinnern Sie per SMS oder per Telefon kurz vor Ihrem jeweiligen Termin.

Hückelhoven, den _____

Name, Vorname (Unterschrift)