

# Anamnese- und Beratungsbogen



## Zahnarztpraxis

### Petra Strandt

Die Familien-Zahnarztpraxis in Friedrichshain

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Gesundheit ist das höchste Gut der Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit.

Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkungen auf unterschiedlichste Krankheiten haben können.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ ggf. Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sind Sie Hauptversicherter  Mitversicherter

Hauptversicherter \_\_\_\_\_  
Name Vorname geboren am:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja  nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja  nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Ist Ihnen unsere Praxis empfohlen worden? ja  nein

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

Was ist der Grund Ihres Besuches? \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja  nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja  nein

**Herzerkrankungen:**

Herzschwäche (Insuffizienz)? ja  nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja  nein

Herzasthma, Angina pectoris? ja  nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja  nein

Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Kreislaufkrankungen:**

Zu hoher Blutdruck? ja  nein

Zu niedriger Blutdruck? ja  nein

Zustand nach Herzinfarkt? ja  nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende

Medikamente ein ? ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Vegetative Erkrankungen:**

Ohnmachtsanfälle? ja  nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder

Beruhigungsmittel? ja  nein

Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen:**

Zuckerkrankheit? ja  nein

Magen- Darmerkrankungen? ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja  nein

Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Erkrankung des Nervensystems:**

Epileptiforme Anfälle? ja  nein

Krämpfe? ja  nein

Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Bluterkrankung:**

Blutungsneigung (Hämophilie)? ja  nein

Blutarmut (Anämie)? ja  nein

Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:**

Leberentz./Gelbsucht (Hepatitis A/B)? ja  nein

Tuberkulose? ja  nein

Chronische Erkrankung der Atemwege? ja  nein

Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test  
durchgeführt? ja  nein

Wenn ja mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Röntgen:**

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-  
Kiefer-Zahnbereich angefertigt? ja  nein

**Weitere Angaben:**

Möchten Sie eine gezielte Beratung? ja  nein

(z.B. über professionelle Zahnreinigung,  
Amalgamaustausch, Inlays, Implantate) \_\_\_\_\_

**Welchen Kunststoff bevorzugen Sie in der Füllungstherapie?**

- einfachen Kunststoff ( Composite )
  - Zahnfarbe weiß
  - 2-jährige garantierte Haltbarkeit
  - Ohne Zuzahlung
- qualitativ hochwertigen Kunststoff ( Composite )
  - natürliche Zahnfarbe und Transparenz durch Mehrschichttechnik
  - höhere Stabilität und sehr lange Haltbarkeit ( Zahnpflege! )
  - zusätzlicher Kostenaufwand  
( ca. 40,- 60,- und 80,- Euro je nach Kostenaufwand )

**Wünschen Sie eine professionelle Zahnreinigung?**

ja  nein

**In welchem Monat war Ihre letzte PZR?**

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_