



Zahnarztpraxis Dr. Andreas Kleinsteuber

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Name

Vorname

Geburtstag

PLZ, Ort

Straße, Nr.

Geschlecht

M ☐ W ☐ D ☐

Telefonnummer

E-Mail

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in unserer Praxis und haben einen Anamnesebogen ausgefüllt?

ja ☐ nein ☐

Versicherung

privat versichert ☐

gesetzlich versichert ☐

freiwillig versichert ☐

Für gesetzlich Krankenversicherte:

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

ja ☐ nein ☐

Für privat Krankenversicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt?

ja ☐ nein ☐

Sind Sie in einem Basistarif der privaten Krankenversicherung versichert?

ja ☐ nein ☐

Haben Sie eine Pflegestufe? ja ☐ nein ☐

Pflegestufe

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

Name

Vorname

Geburtstag

PLZ, Ort

Straße, Nr.

Telefon

Beruf

Arbeitgeber

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

Ort

Telefon

Wer ist Ihr Hauszahnarzt?

Name

Ort

Telefon

Anlass Ihres Praxisbesuches

☐ Routinekontrolle

☐ Zahnreinigung

☐ Vertretung / Notdienst

☐ Zahnschmerzen

☐ Bleaching / Zahnaufhellung

☐ Sonstige Gründe

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung

☐ Social Media

☐ Webseite

☐ Sonstige

Allgemeine Anamnese

Diabetes (Zuckerkrankheit) ja ☐ nein ☐
falls ja: HbA1c-Wert:
Chronische Erkrankungen der
Atemwege / Asthma ja ☐ nein ☐
Nervenerkrankungen ja ☐ nein ☐
Epilepsie ja ☐ nein ☐
Nierenerkrankung ja ☐ nein ☐
Lebererkrankung ja ☐ nein ☐
Magen-Darm-Erkrankung ja ☐ nein ☐
Tumorerk. / Chemo-/Strahlenth. ja ☐ nein ☐
Grüner Star (Glaukom)
Schilddrüsenerkrankung ja ☐ nein ☐
Sonstiges:

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja ☐ nein ☐
Leiden Sie unter Mundgeruch? ja ☐ nein ☐
Wurde bereits eine kieferorthopädische
Behandlung durchgeführt? ja ☐ nein ☐
Haben Sie häufig Kopfschmerzen? ja ☐ nein ☐
Hatten Sie schon eine
Parodontosebehandlung? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, wann?

Zu welchem Thema haben Sie noch Fragen?

Herzerkrankungen:

Leiden Sie unter Bluthochdruck? ja ☐ nein ☐
Haben oder hatten Sie eine
Herzerkrankung? ja ☐ nein ☐
Haben Sie angeborene oder
erworbene Herzfehler? ja ☐ nein ☐
Haben Sie eine Herzklappenprothese? ja ☐ nein ☐
Haben oder hatten Sie Endokarditis? ja ☐ nein ☐
Hatten Sie Herzoperationen? ja ☐ nein ☐
Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja ☐ nein ☐
Hatten Sie im letzten Jahr
einen Herzinfarkt? ja ☐ nein ☐
Sonstiges:

Nehmen Sie Medikamente

Blutdruckmedikamente ja ☐ nein ☐
Herzmedikamente ja ☐ nein ☐
Schmerzmittel ja ☐ nein ☐
Antidepressiva ja ☐ nein ☐
Bisphosphonate ja ☐ nein ☐
Schilddrüsenmedikamente ja ☐ nein ☐
Kortison ja ☐ nein ☐
Asthmaspray ja ☐ nein ☐
Blutverdünnende Medikamente ja ☐ nein ☐
Sonstige:

Infektionskrankheiten:

Hepatitis ja ☐ nein ☐
HIV-Infektion, AIDS ja ☐ nein ☐
Tuberkulose ja ☐ nein ☐
Krankenhauskeime (z.B. MRSA) ja ☐ nein ☐
Creutzfeldt-Jakob (CJK) Varianten ja ☐ nein ☐
Sonstige:

Sonstiges

Längere Blutungszeit nach Verletzungen? ja ☐ nein ☐
Andere nicht aufgeführte Krankheiten? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welche?
Haben Sie Allergien? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welche?
Haben Sie Unverträglichkeiten gegen
örtliche Betäubungen? ja ☐ nein ☐
Medikamente? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welche?
Haben Sie einen Medikamentenplan? ja ☐ nein ☐
Rauchen Sie? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, wie viele Zigaretten?

Sind Sie schwanger? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welcher Monat?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher
Behandlung? ja ☐ nein ☐
Behandelnder Arzt?

Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden?

Leiden Sie unter Zahnschmerzen? ja ☐ nein ☐
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja ☐ nein ☐
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja ☐ nein ☐
Knirschen oder pressen Sie mit Ihren
Zähnen? ja ☐ nein ☐
Haben Sie sich bereits zum Thema
Prophylaxe informiert? ja ☐ nein ☐

**Herzlichen Dank für das von Ihnen entgegen gebrachte Vertrauen und Ihre Mitarbeit.
Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Zahnarztpraxis.**

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit der Speicherung und Weiterverarbeitung bei unseren Partnern oder Kooperationslaboren, sowie unsere externen Abrechnungsstelle (siehe Aushang) einverstanden.

Datum

Unterschrift (Patient / Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter)