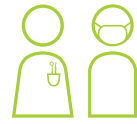


# ANAMNESEBOGEN



DR. DENIZ RADEZKY  
BIRGER BERGMANN

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Zahnärztliche  
Gemeinschafts  
Praxis

Holzlarer Str. 38  
53229 Bonn  
Tel 0228/480860  
Fax 0228/485908  
www.diezahnaerzte.net  
praxis@diezahnaerzte.net

## Patient

Name  Titel

Vorname  Geburtsdatum

## Kontaktdaten Patient

Str., Nr.  Mobil

PLZ  E-Mail

Ort  Beruf

Tel.

Vorbeugen ist immer noch die beste Therapie. Daher bieten wir Ihnen unser Recallsystem an, wodurch Sie automatisch an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden.

Ich wünsche eine Teilnahme am Recallsystem per Post.

## Hausarzt

Name  Tel.

Str., Nr.  Fax

PLZ  E-Mail

Ort

## Versicherung

privat, Name der Versicherung

gesetzlich, Name der Versicherung

Bei gesetzlicher Versicherung, besteht eine Zusatzversicherung? Wenn ja, welche?

Name der Gesellschaft

## Wie wurde Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von

Überweisung von

Internet  Telefonbuch  Sonstiges

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund, diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

**Wichtiger Hinweis:**

Teile Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

**Erziehungsberechtigter**

Name \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**Spezielle Fragen zur Zahngesundheit**

ja    nein

Haben Sie Beschwerden beim Kauen  ja  nein

Wurde regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?  ja  nein

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Datum \_\_\_\_\_

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems**

(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall oder Gerinnungsstörung)

- ja
- nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen**

(z.B. Diabetes mellitus Typ I oder Typ II)

- ja
- nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Lokalanästhesie**

Sind im Vorfeld Probleme bei der Lokalanästhesie (Spritze) aufgetreten?

- ja
- nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen der Leber**

- ja
- nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten**

HIV-positiv/AIDS

- ja
- nein

**Nikotin**

Rauchen Sie

- ja
- nein
- Wenn ja, wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen der Niere**

- ja
- nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hepatitis A-B-C

- ja
- nein

**Medikamente**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ja
- nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen der Atemwege**

- ja
- nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen**

- ja
- nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen von Magen/Darm**

- ja
- nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft**

Sind Sie schwanger?

- ja
- nein
- Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Nervensystems**

- ja
- nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Allergien**

- ja
- nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_