



## ANAMNESEBOGEN

ZAHNARZTPRAXIS  
DR. MED. UTE SCHUMANN

DR. MED. UTE SCHUMANN SCHÜTZENWALL 22 38350 HELMSTEDT TEL 05351-34048  
MONTAG BIS FREITAG 8.00-12.00 UHR MONTAG + DONNERSTAG 15.00-18.00 UHR UND NACH VEREINBARUNG

### PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: ..... Geburtstag: .....  
Straße/Nr.: ..... PLZ/Ort: .....  
Telefon: ..... E-Mail: .....  
Mobil: ..... Beruf: .....  
Arbeitgeber: .....

### KRANKENVERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung: .....

Ich bin ...  gesetzlich versichert.  privatversichert  
 zusatzversichert  beihilfeberechtigt (Beamte etc.)  
Wenn ja, welche?  privat im Basistarif versichert  
 Tarif *Zahnersatz*, wie Kronen etc.  ja  nein  
 Tarif *Zahnerhalt*, wie Prophylaxe etc.  Zuzahlungsbefreiung für .....

### Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Straße/Nr.: ..... PLZ/Ort: .....

### Wer ist Ihr Hausarzt, bei dem Sie in ständiger Behandlung sind?

Name: ..... Telefon: .....  
Anschrift: .....

### In eigener Sache: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: .....  Internetseite: .....  
 Telefon-/Branchenbuch  Sonstiges: .....

### BEHANDLUNGSWÜNSCHE

#### Was ist der Grund Ihres Besuchs?

Routineuntersuchung  neuer Zahnersatz  
 Zahnfleischbluten  Reparatur  
 Beratung  Schmerzbehandlung  
 Professionelle Zahnreinigung (PZR)/Airflow

#### Wenn Sie eine Schmerzbehandlung wünschen, wie äußern sich die Schmerzen?

Kiefer-/Kiefergelenkschmerzen  Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen  
 Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch  Zähne schmerzen auch ohne Belastung  
 manche Zähne sind temperaturempfindlich

### BERATUNGSWÜNSCHE

#### Wünschen Sie eine Beratung zu ... ?

Karies- und Parodontose-Prophylaxe  Kiefergelenksbehandlung  
 Zahnfarbene Füllungen  Implantate  
 Amalgamentfernung  Ästhetische Behandlungswünsche (Zahnaufhellung, optische  
Korrektur von Zahnfehlstellungen Austausch dunkler  
Füllungen, etc.)  
 Regelmäßig professionelle Zahnreinigung  
 Zahnersatz

## KRANKENGESCHICHTE UND BEKANNTE GESUNDHEITSSTÖRUNGEN

Haben Sie oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Erkrankungen der Organe?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen            | <input type="radio"/> HIV (Aids)                         |
| <input type="radio"/> Leber                     | <input type="radio"/> Diabetes                           | <input type="radio"/> Hepatitis                          |
| <input type="radio"/> Nieren                    | <input type="radio"/> Asthma                             | Wenn ja, welcher Typ? .....                              |
| <input type="radio"/> Schilddrüse               | <input type="radio"/> Herzoperationen                    | <input type="radio"/> Allergien                          |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Trakt          | <input type="radio"/> Chronische Entzündung der Atemwege | Wenn ja, wogegen? .....                                  |
| <input type="radio"/> Gelenke (Rheuma)          | <input type="radio"/> Ohrensausen/Tinnitus               | .....  |
| <input type="radio"/> Hoher Blutdruck           | <input type="radio"/> Epilepsie                          | <input type="radio"/> Sonstige Infektionen/Erkrankungen: |
| <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck       | <input type="radio"/> Grüner Star                        | .....  |

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> Angina Pectoris   |
| <input type="radio"/> einen Herzschrittmacher    | <input type="radio"/> einen Herzinfarkt |

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente       | <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente (Marcumar, ASS, ...) |
| <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) | <input type="radio"/> Biophosphonate                                   |
| <input type="radio"/> Antidepressiva        | <input type="radio"/> andere Medikamente: .....                        |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja                       nein

## ALLGEMEINE ANGABEN

Nur für Frauen: Könnten Sie schwanger sein?

- ja                       nein                      Wenn ja, in welcher Woche? .....

Sind Sie Angstpatient?

- ja                       nein

Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?

- ja                       nein

Gab/Gibt es Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen?

- ja                       nein                      Wenn ja, welche? .....

## HINWEISE

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit! Wir weisen darauf hin, dass zu den vereinbarten Terminen, Zeit für Sie reserviert ist. Vereinbarte Termine sollen daher unbedingt eingehalten bzw. 48 Stunden vorher abgesagt werden. Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und/ oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Dürfen wir Sie an einen Kontrolltermin erinnern?     ja                       nein

Möchten Sie von uns per Newsletter über Angebote und Behandlungsmöglichkeiten informiert werden?     ja                       nein

Helmstedt, den .....

Ort, Datum

.....  
Unterschrift