



DIE ZAHNÄRZTE IM WALLENSTEIN-CENTER
Rothenburger Str. 243, 90439 Nürnberg
Dr. med. dent. ARMIN SCHMIDT-REDNITZ
Zahnarzt WALDEMAR WENNING
angestellte **Zahnärztin Andrea Schäfer**

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Patient:

Vorname Name geb. am Geburtsort

Mitglied:

Vorname Name geb. am

Anschrift:

Straße Ort

Telefon:

privat geschäftlich Handy

E-Mail:

Versicherung:

_____ gesetzlich privat zusatzversichert

Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes:

Wurden Sie an uns empfohlen oder überwiesen?

Wenn ja von wem? _____

Grund Ihres Zahnarztbesuches: _____

Möchten Sie in unser **RECALL-PROGRAMM** aufgenommen werden ja

Wenn ja, wie per E-Mail per Brief

Möchten Sie die Terminerinnerung per E Mail per SMS

Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir um folgende Angaben:

Wurde in letzter Zeit eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt? ja

Wurde in den letzten zwei Jahren eine Röntgenaufnahme von den Zähnen gemacht?

Wenn ja von wem?

Sind Sie Raucher?

Leiden Sie unter:

Zahnfleischproblemen Parodontitis überempfindlichen Zähnen

Kiefergelenksprobleme Mundgeruch

Bitte wenden



Leiden Sie an:	ja
Herz- / Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	
Osteoporose?	<input type="checkbox"/>
Sind Sie auf eine Endokarditis-Prophylaxe angewiesen?	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, AIDS o.a.)?	<input type="checkbox"/>
inneren Krankheiten (Diabetes, Nierenfunktionsstörung, Schilddrüse o.a.)?	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
Asthma?.....	<input type="checkbox"/>
sonstige Krankheiten: _____	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelüberempfindlichkeit / Allergien?	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung?	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?.....	<input type="checkbox"/>
Erhielten Sie Chemo- bzw. Bestrahlungstherapien?	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche.?.....	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
Blutverdünnende Medikamente, wenn ja welche ? _____	<input type="checkbox"/>
Wer verordnet die blutverdünnenden Medikamente und aus welchem Grund?	
<hr/>	
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat?	<input type="checkbox"/>

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn Mund Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen wie z.B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende Nervbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrsbeeinträchtigung.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)