

# Zahnärzte auf der Zeil

## Thomas Appel und Kollegen



Zahnarztpraxis Appel | Zeil 81 | Pletzschhaus | 60313 Frankfurt am Main  
Tel. 069. 28 76 50 | www.zahnarzt-frankfurt-zeil.de | tappel-frankfurt@t-online.de

### Anamnesebogen

#### Patientendaten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl	Wohnort
Beruf	Arbeitgeber	E-Mail
Telefon · privat	Telefon · geschäftlich	Mobil

#### Krankenversicherung

Name Ihrer Krankenversicherung

- Wie sind Sie versichert ?  privat  gesetzlich pflichtversichert  gesetzlich freiwillig versichert
- Sind Sie beihilfeberechtigt ?  ja  nein
- Haben Sie eine Zusatzversicherung ?  ja  nein

Name des Versicherten (falls nicht Patient selbst) Adresse

**Anamnese** Einige allgemeine Fragen an Sie und zu Ihrem Gesundheitszustand.

Was ist Ihr Hauptanliegen ? .....

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? .....

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne ? .....

Sind Sie mit Aussehen & Stellung Ihrer Zähne zufrieden? .....

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?  pers. Empfehlung von: .....

- Internet/Homepage  Praxisschild  Telefonbuch

Wünschen Sie eine Beratung zu einem der folgenden Themen ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Amalgamentfernung                             | <input type="radio"/> schonende Zahnaufhellung (Bleaching)  |
| <input type="radio"/> Zahnfarbene Keramikrestorationen              | <input type="radio"/> Professionelle Zahnreinigung / Prophylaxeprogramm bei Erwachsenen, Kindern und speziell bei Schwangeren |
| <input type="radio"/> Implantate (Künstliche Zahnwurzeln)           | <input type="radio"/> Karies- und Parodontitisvermeidung (Putztechnik, Hilfsmittel, Speicheltest, Ernährungsberatung)         |
| <input type="radio"/> Kiefergelenksbehandlung / Funktionsdiagnostik | <input type="radio"/> Zahnfleischbehandlung   |
| <input type="radio"/> Schienentherapie                              | <input type="radio"/> Hochwertiger Zahnersatz   |
| <input type="radio"/> Verbesserungsmöglichkeiten Ihrer Zahnästhetik | <input type="radio"/> Zahnersatz Erneuerung   |
| <input type="radio"/> Keramische Verblendschalen (Veneers)          |   |

# Zahnärzte auf der Zeil

## Thomas Appel und Kollegen



Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ?

	ja	nein		ja	nein
Allergien / Unverträglichkeiten, welche ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemwegserkrankungen, Asthma, Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A, B, C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen o. Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie zur Blutverdünnung eines der folgenden Medikamente ein ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Marcumar, Falithrom			Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ASS 100			Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Iscover, Plavix			Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Brilique			Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> andere .....			Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus, welcher Typ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie einen künstlichen Gelenkersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....			Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie Bisphosphonate ein ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislauf Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bestehen weitere Erkrankungen, welche ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Angina pectoris			.....		
<input type="radio"/> Herzklappenfehler/-ersatz			Bisherige Operationen (Mund-Gesichtsbereich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Endokarditis			.....		
<input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen			Nehmen Sie weitere Medikamente ein, welche ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Herzinfarkt			.....		
<input type="radio"/> Blutdruck			Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> hoch					
<input type="radio"/> niedrig					
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Name, Anschrift, Telefon des behandelnden Arztes

	ja	nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten / Zahnfleischentzündung / Zahnlockerung ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knackt o. schmerzt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Öffnen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen Sie nachts mit den Zähnen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Schmerzen Verspannungen im Kiefer- o. Gesichtsbereich ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Angst vor der Behandlung ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wünschen Sie eine Aufnahme in unser Recallsystem ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Sie werden dann automatisch von uns an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung oder Prophylaxetermin erinnert)

Falls Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie, diese spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir uns vorbehalten versäumte Termine zu berechnen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und teile mögliche Änderungen umghd. mit.

Ort, Datum

Unterschrift