



_____	_____	_____
Patient/in: Name, Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon

_____	_____	_____
Versicherte/r: Name, Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon

Krankenkasse*/Krankenversicherung

*) Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Beruf	Arbeitgeber	Telefon
-------	-------------	---------

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?

Wünschen Sie unseren Erinnerungsservice zur Gesundheitsvorsorge? ja nein

Haben Sie Angst vor der Zahnarztbehandlung? ja nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Karies- und Parodontoseprophylaxe
- Prophylaxe für Mütter/Kinder
- Parodontosebehandlung
- Zahnfarbene Füllungen
- Bleaching
- Implantate
- Kiefergelenksbehandlung

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte beantworten Sie folgende Fragen vollständig:

ja nein

1. Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit noch in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wer ist Ihr behandelnder Arzt? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

2. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Allergiepaß) ?

3. Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

Herzerkrankung (Klappenersatz, Infarkt, Angina Pectoris, Herzfehler, Endocarditis)

Infektionserkrankungen (Tuberkulose, Hepatitis, AIDS, Lues, MRSA, 4MRGN)

Glaukom (grüner Star)

Hoher/niedriger Blutdruck

Bluterkrankung (Blutgerinnungsstörung, Anämie)

Krampfleiden (Epilepsie) / Nervenerkrankung

Atemwegs-/ Lungenkrankheiten

Nierenerkrankungen

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Schilddrüsenüberfunktion

4. Leiden Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist?

Wenn ja, an welcher? _____

5. Haben Sie einen Herzschrittmacher?

6. Für weibliche Patienten: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder Stillzeit?

7. Wann wurden Sie zuletzt im Kiefer-Zahnbereich geröntgt? _____

8. Rauchen Sie?

Ort, Datum

Unterschrift

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Ihre Anamnese-Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich für Behandlungszwecke genutzt .

Zahnarzt Dr. Martin Braun
Zahnärztin Gina Salonna, angestellt
Zahnärztin Dr. Claudia Scharff, angestellt
Jasperallee 25 – 38102 Braunschweig
Tel: 0531/334229 – Fax: 0531/330488
www.zahnarzt-martin-braun.de