



Patient/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon

Versicherte/r

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Telefon

Krankenkasse*/Krankenversicherung

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

Haben Sie einen Pflegegrad? ja, PG: ___ nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Beruf Arbeitgeber Telefon

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung des Kauorgans? ja nein

Haben Sie Angst vor der Zahnarztbehandlung? ja nein

Wünschen Sie unseren Erinnerungsservice zur Gesundheitsvorsorge? ja nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

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

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte beachten Sie: Unentschuldig nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24 Std. vorher) müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen.

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

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 Blutdruck

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

Der Ihnen vorliegende Anamnese-Fragebogen soll die Arbeit in unserer Zahnarztpraxis erleichtern helfen und eine optimale Beratung und Behandlung ermöglichen. Hierfür benötigen wir eine Vielzahl von Angaben zu Ihrer Person und zu Ihren Vorerkrankungen. 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 Dr. Claudia Scharff, angestellt
Zahnarzt Dr. Tim Kellner, angestellt
Jasperallee 25 – 38102 Braunschweig
Tel: 0531/334229 – Fax: 0531/330488
www.zahnarzt-martin-braun.de