



Dr. med. dent. Frank Böcker
Geprüfter Experte der Implantologie (DGOI)
Laser-Spezialist (DGL)
Dr. med. dent. Sabine Gehlen
Geprüfter Experte der Implantologie (DGOI)
Laser Spezialist (DGL)
Cornelia Busche
Laser-Spezialist (DGL)

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um die Beantwortung des nachfolgenden Fragebogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und zu Ihrer Sicherheit dienen.

Patient

Name / Vorname _____ geboren am _____ Ort _____

Straße / Nummer _____

PLZ / Ort _____ Telefon _____

E-Mail _____ Telefon _____

Versicherter (falls abweichend)

Name / Vorname _____ geboren am _____

Straße / Nummer _____ PLZ / Ort _____

Krankenkasse

- Privat versichert Gesetzlich versichert Kostenerstattung nach §13 SGB V Freiwillig versichert
 Standardtarifversicherte(r) Nicht versichert Beihilfeberechtigt Privat Zusatzversichert
 Basis-Tarif-Versicherte(r) Zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

Name der Krankenkasse _____

Beruf _____

Arbeitgeber

Name _____

Straße / Nummer _____

PLZ / Ort _____ Telefon _____

Hausarzt

Name _____

Straße / Nummer _____

PLZ / Ort _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
 Gelbe Seiten
 Empfehlung
 Zeitung
 Telefonbuch
 Sonstige _____

Einverständniserklärung bei Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum, Unterschrift



Dr. med. dent. Frank Böcker
 Geprüfter Experte der Implantologie (DGOI)
 Laser-Spezialist (DGL)
Dr. med. dent. Sabine Gehlen
 Geprüfter Experte der Implantologie (DGOI)
 Laser Spezialist (DGL)
Cornelia Busche
 Laser-Spezialist (DGL)

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wurden Sie im letzten Jahr geröntgt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie die Betäubungsspritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?		
Krankenhauskeim MRSA	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nehmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche? _____		
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche? _____		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Erkrankung blutbildender Organe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welcher Typ? _____		
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lähmungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzinsuffizienz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Koronare Herzkrankheit/Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzrhythmusstörungen/ Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nehmen Sie Blutverdünnungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche? _____		

Sonstige Angaben/andere Krankheiten _____		

Schlaganfall/Durchblutungsstörung des Gehirns	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hepatitis A,B oder C	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Immundefizienz-Syndrom (AIDS)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Chronische Niereninsuffizienz/Dialyse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rheumatoide Arthritis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Frühere Operationen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche? _____		
Unfallverletzung im Mund-,Kiefer-, oder Gesichtsbereich?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Unfalldatum, falls zur Hand _____		
Art der Verletzung _____		
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche? _____		

Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<small>Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.</small>		
Haben Sie ein Bonusheft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt? _____		