



Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Oliver Kellermann

Jugendheimweg 1

86956 Schongau

Tel. 08861/23360

Fax 08861/233614

E-mail: info@dr-o-kellermann.de

www.dr-o-kellermann.de

ABE-Nr. 000634

Anamnesebogen

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geb.Dat. _____

Mitglied/Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geb.Dat. _____

Anschrift

Strasse _____ Nr. _____ Telefon _____

PLZ _____ Ort _____ Mobil _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf/Arbeitgeber

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Allgemeine Situation

- Allergien
- Asthma
- Herzerkrankung
- Nierenerkrankung
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Infektionen: Hepatitis/TBC/HIV
- Epileptiforme Anfälle
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Sonstige Erkrankungen
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung

Zahn-Mund-Situation

- Schmerzen
- gelockerte Zähne
- Zahnfleischbluten
- Haben Sie das Gefühl an Mundgeruch zu leiden?
- Wenn ja, wünschen Sie diesbzgl. eine Beratung/Behandlung?
- Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja, wo?

- Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

- _____
- Rauchen Sie?
Wenn ja, wie viele? _____
 - Haben Sie Osteoporose
 - Sind Sie Schwanger

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Sonstiges:

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie/Er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat? _____

Datum _____

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter) _____