

Anamnesefragebogen

Die Beantwortung nachfolgender Fragen dient der Sicherheit Ihrer Gesundheit und des Behandlungsablaufs unter ganzheitlichen Gesichtspunkten. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie, die Fragen gewissenhaft zu beantworten. Falls Sie Fragen zu den einzelnen Punkten haben, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

DR. PETER TSCHOPPE

Privatdozent (RWTH Aachen)
Health Care Manager (Charité Berlin)

Innrain 6 . 6020 Innsbruck . Austria

T: +43 512 58 08 94

E: mail@zahnundmensch.tirol

www.zahnundmensch.tirol

- Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? o ja o nein
Wenn ja, Name und Fachgebiet des Arztes:
- Nehmen Sie in letzter Zeit regelmäßig Medikamente ein? o ja o nein
Wenn ja, welche und seit wann?
- Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente (z.B.: Marcumar, Aspirin, ASS) ein? o ja o nein
Wenn ja, was und seit wann?
- Sind bei Ihnen im letzten Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? o ja o nein
Wenn ja, wann?
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten, Schleimhautproblemen, Metallgeschmack, Mundgeruch, -brennen oder -trockenheit? o ja o nein
Wenn ja, worunter?
- Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Zähne locker geworden sind oder beobachten Sie Zahnwanderungen? o ja o nein
Wenn ja, was genau und seit wann?
- Hatten Sie eine Zahnregulierung (Zahnspange)? o ja o nein
- Rauchen Sie? o ja o nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?
- Haben Sie Herz- oder Kreislaufbeschwerden? o ja o nein
Wenn ja, welche
- Haben oder hatten Sie eine Endokarditis (Entzündung des Herzbeutels), Herzinfarkt oder Schlaganfall? o ja o nein
Wenn ja, wann?
- Haben Sie eine Bluterkrankung/abnorme Blutungsneigung? o ja o nein
- Sind Sie allergisch auf Anästhetika („Spritze“), Schmerzmittel, Antibiotika oder andere Medikamente? o ja o nein
Wenn ja, auf welche?
- Sind Sie allergisch auf Latex/Gummi, Pollen/Gräser, Metalle oder andere Stoffe? o ja o nein
Wenn ja, auf welche?
- Haben Sie Erkrankungen des Immunsystems (AIDS, Leukämie)? o ja o nein
Wenn ja, welche?

bitte wenden →

- Haben oder hatten Sie Gelbsucht (Hepatitis)? o ja o nein
Wenn ja, welche Form?

- Haben oder hatten Sie Lungenerkrankungen (Tuberkulose, Asthma, Lungenemphysem)? o ja o nein
Wenn ja, welche?

- Haben oder hatten Sie eine Nierenerkrankung? o ja o nein
Wenn ja, welche?

- Leiden Sie an einer Stoffwechselkrankheit (Rheuma, Diabetes, Darmerkrankungen)? o ja o nein
Wenn ja, welche?

- Haben oder hatten Sie andere schwere Erkrankungen? o ja o nein
Wenn ja, welche?

- Frage an Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? o ungewiss o ja o nein
Wenn ja, welcher Monat?

Bitte teilen Sie uns zukünftig jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes mit!

Wichtiger Hinweis

Durch Injektionen („Spritzen“) kann die normale Reaktionsfähigkeit herabgesetzt werden. Um Fehlverhalten im Straßenverkehr zu vermeiden, dürfen Sie unmittelbar nach einer Behandlung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

_____ Datum

_____ Unterschrift

_____ aktualisiert am

_____ Unterschrift

_____ aktualisiert am

_____ Unterschrift

_____ aktualisiert am

_____ Unterschrift

_____ aktualisiert am

_____ Unterschrift