

Zahnärztliche Anamnese

1. Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis ? _____
2. Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch / Vorbehandler? _____
3. Haben Sie Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang? _____
4. Hatten Sie bereits eine Parodontitisbehandlung/Zeitpunkt ? _____
5. Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? _____
6. Haben Sie Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke ? Welche Seite? _____
7. Leiden Sie an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Kopf/Hals/Nacken ? _____
8. Haben Sie Probleme, beim Zusammenbeißen die richtige Position zu finden? _____
9. Hatten Sie jemals eine kieferorthopädische oder Schienenbehandlung? _____
10. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich? _____
11. Möchten Sie, dass neu einzubringende Materialien vorher auf Ihre individuelle Verträglichkeit kinesiologisch getestet werden?
(Privatleistung, je nach Aufwand 15 – 40 €) _____
12. Sind Sie an ergänzenden komplementären Behandlungsmöglichkeiten interessiert
(Applied Kinesiologie, Homöopathie, Akupunktur, Bachblüten...)? _____
13. Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert ? _____
14. Möchten Sie von unserer Praxis regelmäßig an Ihren jährlichen Kontrolltermin erinnert werden ? _____
15. Sind Sie Raucher ? Ja Nein

Ich empfehle Ihnen, nach Behandlung mit örtlicher Betäubung kein Kraftfahrzeug zu führen.

Wir bitten, vereinbarte Termine bei Verhinderung spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen sonst Ausfallzeiten lt. BGB §615 in Rechnung gestellt werden!

Datenschutzhinweis nach DSGVO (auf Wunsch an der Rezeption einzusehen)! Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Abrechnung mit den Leistungsträgern, Auftragserteilung für Dentallabore und für den Recall-Service zu und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anamnese

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis und bitten Sie, den Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Telefonnummer: _____ email: _____

Zusatzversicherung privat: ja nein

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, warum? _____ | | |
| 2. Wer ist Ihr Hausarzt/Telefonnummer ? _____ | | |
| 3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel (Knoblauchpräparate, Gingko) ein ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 4. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen / Überempfindlichkeiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, haben Sie einen Allergiepass? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Neigen Sie zu Nachblutungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie Medikamente, welche die Blutgerinnung hemmen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Haben/ hatten Sie eine der aufgeführten Erkrankungen ? (Zeitpunkt) | | |
| Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutdruck zu hoch / zu niedrig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzfehler/Herzklappenprothese/Stents/Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzoperation/ Herzpass | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Atemwegs-/ Lungenerkrankungen (z.B. Asthma) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Künstliche Gelenke | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Osteoporose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Covid 19) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Magen-Darm-Erkrankung/Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Epilepsie/Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rheumatische Erkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gelbsucht (z.B. Hepatitis A, B, C) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Besteht eine Pflegestufe (§ 15 SGB XI) oder Eingliederungshilfe / Behinderung (§ 53 SGB XII) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Langebrücker Str. 4
01109 Dresden
Tel: 0351/8904593
Fax: 0351/8909928
zahnarzt-dr-reuter@web.de
www.zahnarztpraxis-reuter.de

Dr. med. dent. Cathrin Reuter

- Praxisinhaberin
- Umwelt-Zahnmedizin (DGUZ)
- Applied Kinesiology & Akupunktur (IMAK & DAARV)
- Funktionsdiagnostik

Angestellte Zahnärztin:

Jana Engelmann

- Allgemeine und ästhetische Zahnheilkunde
- Kinderzahnheilkunde

Zahnmedizinische

Prophylaxeassistentinnen:

Simone Johne

Susann Soltysiak

Verwaltungsassistentin:

Ute Heinig