



PRAXISKLINIK

Dr. Arndt Bargatzki | Zahnarzt – Oralchirurg
Dr. Beata Bargatzki | Zahnärztin

Fragen zur Anamnese

Datum :

Name, Vorname :

Arbeitgeber :

Geburtsdatum :

Anschrift :

Größe :

Gewicht :

Telefon :

Anschrift :

ggf. Erziehungsberechtigter :

Telefon :

Geburtsdatum :

Beruf :

Geburtsort :

Krankenkasse :

Hauszahnarzt :

Hausarzt :

1. Befanden Sie sich in letzter Zeit in zahnärztlicher Behandlung? nein ja
Wann und weshalb?

2. Röntgenaufnahmen (Mund-Kiefer-Gesichtsbereich) nein ja
Wann?

3. Parodontitisbehandlung? nein ja
Wann?

4. Kieferorthopädie? nein ja
Wann?

5. Mundhygienische Maßnahmen? nein ja
Wann?

6. Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? nein ja
Wann und weshalb?

7. Haben Sie Medikamente eingenommen? nein ja
Welche? (Geben Sie auch Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- und Abführmittel an)



PRAXISKLINIK

Dr. Arndt Bargatzki | Zahnarzt – Oralchirurg
Dr. Beata Bargatzki | Zahnärztin

8. Herzerkrankung? nein ja
Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler,
Herzrhythmusstörung, Herzmuskelentzündung etc.
-
9. Kreislauf und Gefäßerkrankungen? nein ja
Durchblutungsstörung, Thrombose, hoher/niedriger Blutdruck etc.
-
10. Lungen- und Atemwegserkrankung? nein ja
Asthma, chronische Bronchitis etc.
-
11. Stoffwechselerkrankung? nein ja
Diabetes etc.
-
12. Allergien? nein ja
Welche?
-
13. Infektionskrankheiten? nein ja
Tuberkulose, Hepatitis, AIDS etc.
-
14. Tabakkonsum? nein ja
Was/wieviel pro Tag?
-
15. Alkoholkonsum? nein ja
Was/wieviel pro Tag?
-
16. Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Für meine Zahn- und Mundgesundheit können bestimmte Maßnahmen erforderlich sein, die seit dem 01.01.2004 von den gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr erstattet werden. Die gegebenenfalls anfallenden Kosten werden mir vor der Behandlung bekannt gegeben und von mir übernommen.

Datum:

Unterschrift: