



Bitte auch auf der Rückseite ausfüllen, Danke

Persönliche Daten

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Telefon	
Beruf	
Arbeitgeber	
Krankenkasse	
Versicherungsnummer	
Mitversichert / Eltern	

Allgemeine Anamnese (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

JA NEIN

		JA	NEIN
1.	Herz (Infarkt, Schrittmacher, Endokarditis)		
2.	Blutdruck (Kollapsneigung, Blutungsneigung, Hochdruck)		
3.	Lebererkrankung		
4.	Nierenerkrankung		
5.	Verdauungstrakt (Gastritis, Speiseröhrenentzündung, Geschwür, Darmentzündung)		
6.	Stoffwechselerkrankung		
7.	Hormonelle Erkrankungen (Schilddrüse)		
8.	Chronische Erkrankungen (Glaukom)		
9.	Anfallkrankheiten (Epilepsie)		
10.	Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids, TBC)		
11.	Rheumatische Erkrankungen		
12.	Psychische Erkrankungen (Depression, Schizophrenie, Phobie)		
13.	Leiden Sie unter Osteoporose?		
14.	Allergien (auf Medikamente, Metalle und Materialien, z.B.: Latex) und wenn ja welche:		
15.	Medikation (Thrombo Ass, Marcumar, Aspirin, Antibiotika, Chemotherapie, Bisphosphonate) und wenn ja welche:		
16.	Sonstige Erkrankungen oder Probleme und wenn ja welche:		



Die Zahnbehandlung betreffende Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen/ergänzen)

		JA	NEIN
1.	Hatten Sie je Kreislaufprobleme nach Verabreichung von Lokalanästhetika? (Übelkeit, Ohnmacht, Kältegefühl)		
2.	Ist Ihnen je eine Blutungsneigung aufgefallen?		
3.	Ist Ihnen Unverträglichkeit auf zahnärztliche Materialien bekannt? (Metalle, Kunststoff)		
4.	Haben Sie Zahnschmerzen?		
5.	Haben Sie Kiefergelenksprobleme? (Schmerzen beim Kauen bzw. Gähnen, Kopfschmerzen)		
6.	Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?		
7.	Ist Ihnen Zähneknirschen, Zähnepressen aufgefallen?		
8.	Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen?		
9.	Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?		
10.	Hatten Sie eine Kieferregulierung oder Einschleifbehandlung?		
11.	Blutet Ihr Zahnfleisch beim Putzen?		
12.	Haben Sie <i>O selten</i> oder <i>O häufig</i> Mundgeruch?		
13.	Haben Sie eine Mundschleimhautveränderung bemerkt?		
14.	Bei Erst- oder Wiederbesuch: Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Name behandelnder Zahnarzt:		
15.	Wurden in der letzten Zeit zahnärztliche Röntgen angefertigt? (Kleinbild, Panorama, CT) Wenn ja: Haben Sie diese mit oder können Sie diese besorgen?		

Wir bitten Sie, uns jede Veränderung Ihrer (gesundheitlichen) Daten bekannt zu geben.

Dornbirn, am _____

Unterschrift des Patienten