



DR. GOPPERT & DR. WALTER
ZAHNÄRZTE MVZ PartG

ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE
IMPLANTOLOGIE
PARODONTOLOGIE

Fragebogen | Anamnese

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf und eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen zu gewährleisten, möchten wir Sie um einige persönliche Informationen bitten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort nicht im Klaren sind, werden wir das gerne in einem persönlichen Gespräch klären. Bitte vergessen Sie nicht, auch die Fragen auf der Rückseite zu beantworten.

Für Ihre gewissenhafte Mitarbeit bedanken wir uns herzlich. Ihr Praxisteam.

PERSÖNLICHE DATEN

Name mitversichert bei:	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnr.		PLZ, Ort	
Tel. privat		Tel. geschäftlich*	
Mobil		Fax	
E-Mail (bitte angeben, falls vorhanden)			
Beruf*		Arbeitgeber, Arbeitsort*	
Hausarzt			

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ

Krankenkasse				
Falls Sie mitversichert sind: Hat der Hauptversicherte dieselbe Adresse?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls nein:				
Straße, Hausnr.		PLZ, Ort		
Sind Sie zusatzversichert?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie beihilfeberechtigt?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

SONSTIGES

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Freunde / Bekannte _____

Internet _____

Sonstiges: _____

Durch wen wurden Sie überwiesen / empfohlen? _____

*Die mit Sternchen markierten Angaben sind freiwillig.

Bitte beachten Sie auch die Rückseite ▶

IHR ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Falls ja, welche?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig spezielle Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung ein (z.B. Aspirin®, ASS 100, Marcumar®, Xarelto®, Pradaxa®)? Falls ja, welche?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Bisphosphonate (Medikamente gegen Osteoporose)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Herzbeschwerden bzw. eine Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt, -schwäche, -schrittmacher)? Falls ja, unter welcher leiden Sie genau?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besitzen Sie einen Herzpass?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie einen Schlaganfall?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Lebererkrankung (z.B. Hepatitis A, B, C, Gelbsucht)? Falls ja, welche?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie HIV-getestet? Falls ja, in welchem Jahr wurde der Test durchgeführt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mit welchem Ergebnis?		<input type="checkbox"/> Positiv	<input type="checkbox"/> Negativ
Haben Sie eine Form der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> die neue Variante	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Magen- oder Darmerkrankung? Falls ja, welche?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer Bluterkrankung?	Blutarmut	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Stoffwechselstörungen?	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Kreislaufstörungen?	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	zu niedriger / zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter:	Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Asthma / chronischer Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Epileptischen Anfällen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Migräne	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Schädelverletzung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Schmerzen im Kiefergelenk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Knacken im Kiefergelenk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Kieferhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Allergie gegen:	Medikamente (z.B. Aspirin®, Penicillin)? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Latex	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besitzen Sie einen Allergiepass?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kommen in Ihrer Familie gehäuft Zahnfleischerkrankungen vor?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei Frauen: Sind Sie schwanger?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann und welcher Körperteil wurde zuletzt bei Ihnen geröntgt?			
Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben:			

Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein. Fest reservierte Termine, die nicht eingehalten werden, müssen 24 Stunden vorher abgesagt werden, da sonst evtl. eine Ausfallgebühr berechnet wird. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

! Falls sich während der Behandlung Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihres Versicherungsstatus' ergeben, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen.

Stuttgart, den

Unterschrift



DR. GOPPERT & DR. WALTER
ZAHNÄRZTE MVZ PartG

ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE
IMPLANTOLOGIE
PARODONTOLOGIE

Sie sind uns besonders wichtig!

WAS SOLLEN WIR BEI IHRER BEHANDLUNG BESONDERS BERÜCKSICHTIGEN?

- Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? Ja Nein
- Haben Sie einen starken Würgereiz? Ja Nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? Ja Nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein
- Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst?

BERATUNGSWUNSCH

Ich wünsche eine spezielle Beratung zu:

- Professioneller Zahnreinigung (Prophylaxe)
- Möglichkeiten der Parodontitisbehandlung
- Zahnaufhellung (Bleaching)
- Zahnästhetik / meinem Lächeln
- Zahnfarbenen Kunststofffüllungen
- Biokompatibler Vollkeramik
- Amalgamsanierung
- Implantaten / Implantatversorgung
- Sonstigem:

MEINE GESUNDHEIT IST MIR WICHTIG!

- Ich möchte weitere Schäden an Zähnen und Zahnhalteapparat vermeiden und wünsche daher eine Teilnahme am automatischen Recall-System der Praxis. Dadurch werde ich schriftlich oder telefonisch in regelmäßigen Zeitabständen an die für mich notwendigen Kontroll- und Zahnreinigungstermine erinnert.

Stuttgart, den

Unterschrift