



Zahnarztpraxis
Dr. Christoph Berner & Kollegen
Hauptstraße 26
88433 Schemmerhofen
Tel. 07356 2582

Ammanesebogen

Praxisstempel

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie uns diesen Fragebogen sorgfältig aus. Dadurch erleichtern Sie uns das Erkennen von Risikofaktoren und unterstützen so optimal Ihre Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben | Patient

Nachname / Vorname	Geburtsdatum
--------------------	--------------

Versicherter | Gesetzlicher Vertreter

Nachname / Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Mobiltelefon	Festnetztelefon
E-Mail	
Arbeitgeber	Beruf
Hausarzt	

Krankenversicherung

Krankenkasse	[]	Privat	[]
Name der Krankenkasse		Basis- / Standardtarif	[]
		Private Zusatzversicherung	[]

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung	[]	Google	[]
Facebook & Social Media	[]	Mitnahme von Flyern	[]

Dürfen wir Sie per Telefon/SMS/E-Mail an die Vereinbarung von Vorsorterminen erinnern?

Ja	[]	Nein	[]
----	-----	------	-----

Dürfen wir Sie per Telefon/SMS/E-Mail an vereinbarte Termine erinnern?

Ja	[]	Nein	[]
----	-----	------	-----

>>> Bitte wenden >>>

Gesundheitsfragen

Infektionskrankheiten	Ja Nein	Nehmen Sie derzeit Medikamente?	Ja Nein
Hepatitis A,B,C	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Blutgerinnungshemmende Medikamente: (z.B. ASS100, Marcumar, Xarelto)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
HIV (Immunschwäche)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Osteoperose Medikamente (z.B. Bisphoshonate)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
TBC (Tuberkulose)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf Medikamente: (z.B. ACE-Hemmer, Beta-Blocker)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Sonstige Wenn ja, welche?		Sonstige Wenn ja, welche?	
Herzkreislauferkrankungen	Ja Nein	Weitere Erkrankungen	Ja Nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Asthma / chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Erkrankung der Leber / der Niere /	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Grüner Star	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Sonstige Wenn ja, welche?	
Sonstige Wenn ja, welche?			
Allergien	Ja Nein	Weitere Angaben	Ja Nein
Penicillin / Antibiotika-Allergie	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Lokalanästhetika-Allergie	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger / stillen Sie?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Latexallergie	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Gab es schon einmal Komplikationen bei einer Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Sonstige Wenn ja, welche?		Leiden Sie unter Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Blut	Ja Nein	Sonstige Wenn ja, was?	
Liegt eine Blutungsneigung vor?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
Bluterinnungsstörung	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		

Ort, Datum

Patientenunterschrift

Bei minderjährigen Patienten/innen und ggf. bei Patienten/innen unter Betreuung:

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter