



**Dr. med. dent Michael Lauterwein**

Zahnarzt und Oralchirurg

Zertifizierte Tätigkeitsschwerpunkte

Implantologie & Parodontologie

www.praxis-lauterwein.de

# Anamnesebogen

Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon: privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

Versicherter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Selbst versichert Ja  Nein

Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon: privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

Krankenkasse

beihilfeberechtigt ja  zusätzlich versichert ja  freiwillig versichert ja

Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Um für Ihre Behandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese) Ihres Gesundheitszustandes. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Bei Unklarheiten können Sie mich gerne fragen.

## Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

### Allgemeine Situation

Ja  Nein

### Zahn-Mund-Kiefer-Situation

Allergien

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis: \_\_\_\_\_

Ggf. welche Allergien: \_\_\_\_\_

Asthma/Lungenerkrankungen

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? \_\_\_\_\_

Herzkrankungen

Ja  Nein

Hoher/niedriger Blutdruck

Zahnfleischbluten

Augenerkrankungen

Zahnlockerungen/Zahnwanderungen

Nierenerkrankungen

Geräusche im Kiefergelenk

Blutgerinnungsstörungen

Schmerzen am Kopf/Nacken

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann? \_\_\_\_\_

Anfallsleiden (Epilepsie)

Haben Sie Interesse an unserem Vorsorge-

Rheuma

programm gegen Karies und Zahnfleisch-

Infektionen: Hepatitis/TBC/AIDS

rückgang (Prophylaxe) mit Bonussystem?

Weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an einer Versorgung mit Implantaten?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig ein?

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ wofür \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ wofür \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ wofür \_\_\_\_\_

Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? Nein , ja , wegen \_\_\_\_\_

**Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft? Nein , ja , \_\_\_\_\_ Woche, ungewiß .

Falls Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir um unverzügliche Mitteilung.

Mir ist bekannt, dass die örtliche Betäubung wie jeder medizinischer Eingriff mit Risiken und Nebenwirkungen behaftet ist (vorübergehende Fahruntüchtigkeit, sehr selten: Nervschädigung). Ich wünsche bei Bedarf die Durchführung zahnärztlicher Behandlungen in Lokalanästhesie. Ja  Nein

**Gerne möchten wir Ihnen unseren kostenlosen Service für die regelmäßige Erinnerung an die notwendigen Vorsorgeuntersuchungstermine (Recall) anbieten. Wollen Sie diesen Recall-Service nutzen? Ja  Nein**

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen. Sollten Sie Fragen oder Anregungen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung, bitte sprechen Sie uns an!

Dr. Michael Lauterwein & Praxisteam

Kaiserslautern, den \_\_\_\_\_ Patient / Eltern bei Minderjährigen

Dr. Michael Lauterwein