



## ERHEBUNGSBOGEN FÜR DIE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen ist unser Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus, da viele Erkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Teilen Sie uns bitte vor der Behandlung mit, wenn sich Ihre Angaben geändert haben. Wenn Sie Fragen haben, helfen wir gerne beim Ausfüllen.

### Patientenangaben

Name	Geburtsdatum
Straße	Hausarzt, Ort
Ort	Krankenversicherung
Telefon	E-Mail

### Allgemeine Anamnese

Bitte kreuzen Sie aktuelle und/oder überstandene Erkrankungen bzw. Besonderheiten an.

Herz/Kreislauf:

- hoher Blutdruck  niedriger Blutdruck
- Herzinfarkt, wann? \_\_\_\_\_
- Herzschwäche/-insuffizienz
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher/Defibrillator, seit wann? \_\_\_\_\_
- Herzklappenersatz
- Endokarditisprophylaxe erforderlich
- Schlaganfall, wann? \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Infektionen:

- HIV  Hepatitis B  Hepatitis C  Tuberkulose  Sonstiges \_\_\_\_\_

### Andere Erkrankungen:

- Diabetes  Blutungskomplikationen
- Asthma  Osteoporose
- Tumor/Krebs  Niereninsuffizienz
- Epilepsie  Depression
- Demenz  Sonstiges \_\_\_\_\_

### Allergien:

- Keine  Latex
- Lokalanästhetika, welche \_\_\_\_\_
- Schmerzmittel, welche \_\_\_\_\_
- Antibiotika, welche \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- Allergiepass vorhanden

**zahn  
etage**

Dr. Angelos Tsiokas, M.Sc.  
Dr. Stefan Neukirchen  
Dr. Katharina Kaiser

Huestraße 34, 44787 Bochum  
T 0234 655 56  
F 0234 962 01 47  
bo-zahnetage@web.de

**Regelmäßig eingenommene Medikamente** (Bitte tragen Sie alle Medikamente ein oder geben Sie uns Ihre aktuelle Medikamentenliste zum Kopieren.)

Keine

Ja, folgende Medikamente:

**Nehmen Sie Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung ein?**

Nein

Ja  ASS®  Marcumar®  Clopidogrel®  Plavix®  Xarelto®  Eliquis®

Sonstiges

**Nehmen Sie Medikamente zum Knochenaufbau ein?**

Nein

Bisphosphonate (z.B. Fosamax®, Tevanate®, Aclasta®, Zometa®, Actonel®, Bonviva®, Bondronat®)

Denosumab (z.B. Prolia®, XGEVA®)

**Rauchen Sie?**

Nein

Ja

Seit wann?

Wieviel täglich?

**Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen?**

Nein

Ja

Welche?

**Besteht derzeit eine Schwangerschaft?**

Nein

Ja

Welche Woche?

**Spezielle Anamnese**

Leiden Sie unter ...?  Zahnschmerzen  Zahnfleischbluten  Zahnstein/Belägen

Kiefergelenkbeschwerden, Muskel- und/oder Kopfschmerzen

Sonstigem

**Zu welchen Themen wünschen Sie eine gezielte Beratung?**

Zahnersatz

Implantate

Professionelle Zahnreinigung

Bleaching (Zahnaufhellung)

Sonstiges

**Worauf legen Sie bei der Behandlung besonderen Wert?**

**Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?**

Nein

Ja

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

Empfehlung

Presse

Internet

Zufall

Telefonbuch

Datum

Änderungen

Unterschrift

**Erste Anamnese**

Nein  Ja

Nein  Ja

Nein  Ja

Nein  Ja

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!