



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. Katharina Kaiser
Dr. Svenja Wurzel
Piet Hellweger

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!