Dr. Linda Kaufmann
ZAHNARZTPRAXIS

Allgemeine Anamnese

- bitte vollständig & lesbar ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____Geb.:_____Geschlecht: m / w / d

Adresse: _____

Beruf:_____ Hausarzt/-ärztin: _____

Tel.Nr: _____ E-Mail: _____

Versicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ freiwillig versichert

Krankenkasse / Versicherung: _____ mitversichert (Familienversich.) bei Versicherter/m:

_____

Beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein Haben sie eine private Zusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie im Basistarif einer privaten Krankenversicherung? ☐ ja ☐ nein

Anliegen/ Behandlungswunsch/ Beschwerden: _____

Aktueller Gesundheitszustand

Derzeit in ärztlicher Behandlung?	☐ja ☐nein
OP, Klinik oder schwere Krankheit in den letzten 12 Monaten?	☐ja ☐nein
Schwangerschaft oder Stillzeit?	☐ja ☐nein
Grüner Star (Glaukom)	☐ja ☐nein

Falls ja, was/ wann:

Herz und Blutgerinnung

Blutdruck-, Rhythmus- oder andere Herzerkrankung?	☐ja ☐nein
Herzklappenfehler/-ersatz, Endokarditis, Bypass, Herzinfarkt, Schrittmacher o. andere Herz-OP?	☐ja ☐nein
Antibiotikaprophylaxe empfohlen?	☐ja ☐nein
Langes Bluten, Thrombose, Embolie oder Schlaganfall?	☐ja ☐nein

Falls ja, was / wann:

Atmung und Stoffwechsel

Asthma, COPD oder Schlafapnoe?	☐ja ☐nein
Diabetes Typ 1 oder 2?	☐ja ☐nein
Schilddrüsenerkrankung?	☐ja ☐nein

Falls ja was genau:

Weitere Erkrankungen

Nieren- oder Lebererkrankung	☐ja ☐nein
Magen/Darm-Erkrankung o. Reflux	☐ja ☐nein
Epilepsie, Ohnmacht, Parkinson oder neurologische Erkrankung?	☐ja ☐nein
Depression, Panik oder andere psychische Erkrankung?	☐ja ☐nein
Autoimmunerkrankung oder Rheuma?	☐ja ☐nein
Krebs, Chemotherapie, Kopf-Hals-Bestrahlung oder Transplantation?	☐ja ☐nein
Osteoporose oder Knochenerkrankung?	☐ja ☐nein

Falls ja was:

Infektionskrankheiten

Hepatitis A, B oder C?	☐ja ☐nein
HIV / AIDS, Tuberkulose oder andere Infektion?	☐ja ☐nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit/BSE	☐ja ☐nein
Krankenhauskeime, z. B. MRSA?	☐ja ☐nein

Falls ja was/ wann:

Weitere/ Sonstige Erkrankungen:

Rückseite ⟶

Dr. Linda Kaufmann
ZAHNARZTPRAXIS

Medikamente

Nehmen Sie Medikamente? ☐ja ☐nein
Blutverdünner, z. B. ASS, Marcumar, Eliquis, Xarelto, Lixiana? ☐ja ☐nein
Blutdruck-/Herzmittel oder Betablocker? ☐ja ☐nein
Diabetesmedikamente o. Insulin? ☐ja ☐nein
Bisphosphonate/Denosumab, auch früher? ☐ja ☐nein
Kortison, Asthmaspray oder Immunsuppressiva? ☐ja ☐nein
Antidepressiva, Epilepsie- oder regelmäßige Schmerzmittel? ☐ja ☐nein
Alle Medikamente mit Dosierung:

_____

_____

Allergien und Betäubung

Allergien z.B. gegen Medikamente, Betäubungsmittel, Latex, Metalle oder andere Stoffe? ☐ja ☐nein
Probleme bei Spritzen, örtlicher Betäubung, Sedierung oder Narkose? ☐ja ☐nein
Falls ja, was/wann:

Gewohnheiten

Rauchen oder Vaping? ☐ja ☐nein
Regelmäßiger Alkoholkonsum? ☐ja ☐nein
Drogenkonsum? ☐ja ☐nein
Falls ja, Menge / Art:

Zahnmedizinische Angaben

Angst vor Behandlung oder Spritzen? ☐ja ☐nein
Knirschen, Pressen o. Kiefergelenkbeschwerden? ☐ja ☐nein
Zahnfleischbluten, Zahnfleischrückgang oder lockere Zähne? ☐ja ☐nein
Trockener Mund oder wenig Speichel? ☐ja ☐nein
Hatten/ haben Sie eine Zahnspange? ☐ja ☐nein

Letzter Zahnarztbesuch: _____

Weitere Orientierung

Fühlen Sie sich insgesamt gesund und energiegeladen? ☐ja ☐nein
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? ☐ja ☐nein
Falls ja, welche:
Vermutete Reaktion auf Füllungen, Zahnersatz, Implantate oder Materialien? ☐ja ☐nein
Wiederkehrende unklare Entzündungen? ☐ja ☐nein
Kopfschmerz, Migräne,Tinnitus, Schnarchen, schlechter Schlaf, Verspannungen o. Mundatmung/ erschwerte Nasenatmung? ☐ja ☐nein

Ich möchte gerne mehr erfahren über:
☐ Biologische Zahnmedizin
☐ Myofunktion/ Dentosophie
☐ Zahnreinigung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ Social Media ☐ Google /Website ☐ Sonstiges

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen vollständig beantwortet und teile Änderungen meines Gesundheitszustands und meiner Medikamente vor der Behandlung mit.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____