

# Praxis für Zahnheilkunde

---

## Anamnesebogen

Name/Vorname		Geburtsdatum	
Straße/Hausnr.		PLZ / Ort.	
Telefon (privat)	Telefon (beruflich)	Telefon (mobil)	
Email		Beruf	
Krankenkasse		Bonusanspruch	
<input type="radio"/> gesetzlich versichert	<input type="radio"/> Zusatzversicherung	<input type="radio"/> freiwillig versichert	
<input type="radio"/> privat versichert	<input type="radio"/> Basistarif	<input type="radio"/> Beihilfe	

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname		Geburtsdatum	
Straße/Hausnr.		PLZ/Ort	

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name/Vorname	Ort	Telefon
--------------	-----	---------

### Organisatorisches

Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen Wartezeiten zu vermeiden. Helfen Sie uns dabei!  
Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn spätestens 24 Stunden vorher ab.  
Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen die nicht genutzte Zeit in Höhe von 25 € je angebrochene halbe Stunde zu berechnen.

### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Dr.med. dent. Stephanie Neubert

Zahnärztin

Bernhard-Göring-Str. 91 | 04275 Leipzig

Tel 0341 1 3014743 | Fax 0341 3014173

[www.dr-neubert.de](http://www.dr-neubert.de)

[mail@dr-neubert.de](mailto:mail@dr-neubert.de)

# Praxis für Zahnheilkunde

---

## Behandlung mit Betäubungsspritze

Sollte im Unterkiefer eine Betäubungsspritze notwendig sein, erfolgt eine Anästhesie des gesamten Unterkieferernervs einer Seite. Dabei kann in sehr seltenen Fällen (< 1%) der Nerv vorübergehend oder bleibend geschädigt werden. Das ist mit einem Taubheitsgefühl im Kinn und/oder der Zunge verbunden.

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfohlen von (optional) \_\_\_\_\_  
 Internet  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Möchten Sie an unserem halbjährlichen Erinnerungsdienst teilnehmen?  Ja  Nein

## Angaben zur Gesundheit

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten (Seit Wann)?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Zahnlockerungen aufgetreten?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitisbehandlung durchgeführt?  Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_

Knirschen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Sind Geräusche im Bereich des Kiefergelenks aufgetreten?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Aufbisschiene?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Empfinden Sie Angst vor der Behandlung?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack im Mund?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten?

▪ Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

▪ Anfallsleiden (Epilepsie)(Zuletzt)?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

▪ Atemwegserkrankungen (Asthma, Atemnot etc.)?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

▪ Glaukom (erhöhter Augendruck)  Ja  Nein \_\_\_\_\_

▪ Blutgerinnungsstörungen (Faktorleiden, medikam.)  Ja  Nein \_\_\_\_\_

▪ Hoher Blutdruck?  Ja  Nein

▪ Niedriger Blutdruck?  Ja  Nein

▪ Herz-Kreislaufkrankung?  Infarkt  Herzstents  Schrittmacher  Sonstige

▪ Schilddrüsenerkrankungen (Welche)?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

▪ Niereninsuffizienz?  Ja  Nein

▪ Diabetes?  Ja  Nein

Wenn ja:  Typ I  Typ II (Altersdiab.)  diätetisch  Tabletten  Insulin

---

Dr.med. dent. Stephanie Neubert

Zahnärztin

Bernhard-Göring-Str. 91 | 04275 Leipzig

Tel 0341 1 3014743 | Fax 0341 3014173

[www.dr-neubert.de](http://www.dr-neubert.de)

[mail@dr-neubert.de](mailto:mail@dr-neubert.de)

# Praxis für Zahnheilkunde

- 
- Rheuma?  Ja  Nein
  - Osteoporose?  Ja  Nein
  - Bisphosphonattherapie?  Ja  Nein
  - Infektionserkrankungen (Hepatitis B/C, HIV etc.)?  Ja  Nein
  - Andere Erkrankungen?  Ja  Nein \_\_\_\_\_
- 

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

---

---

---

---

---

---

Wurden Sie im vergangenen Jahr operiert?  Ja  Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche sind Sie?  Ja  Nein

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Rauch(t)en Sie? Wenn ja, wie viele am Tag und Jahre?  Ja  Nein \_\_\_\_\_ /Tag \_\_\_\_\_ Jahre

Wurden Sie in den vergangenen 2 Jahren im Kopf-/ Halsbereich geröntgt?  Ja  Nein

---

## Allgemeines

Möchten Sie über ein spezielles Themengebiet informiert werden?  Ja  Nein

Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung?  Ja  Nein

Haben Sie Interesse an hochwertigen, zahnfarbenen Füllungstherapien?  Ja  Nein

Haben Sie Interesse an einer Implantatversorgung?  Ja  Nein

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Falls sich etwas an meinem Gesundheitszustand ändert, teile ich es Ihnen umgehend mit.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift

Dr.med. dent. Stephanie Neubert

Zahnärztin

Bernhard-Göring-Str. 91 | 04275 Leipzig

Tel 0341 1 3014743 | Fax 0341 3014173

[www.dr-neubert.de](http://www.dr-neubert.de)

[mail@dr-neubert.de](mailto:mail@dr-neubert.de)