



# HOVEIDA

ZAHNARZTPRAXIS

Zahnarztpraxis Hoveida  
Dr. Daryusch Hoveida

Am Berge 34  
21335 Lüneburg  
T 04131 315 28  
F 04131 380 329

zahnarzt@praxis-am-berge.de  
www.praxis-am-berge.de

## ANAMNESEBOGEN

**Wichtig:** Bitte PDF auf dem Computer speichern, bevor Sie es ausfüllen.

Liebe Patientin, lieber Patient,  
für eine an Ihre Gesundheit optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Den vollständigen Anamnesebogen senden Sie mir bitte vor dem Behandlungstermin per E-Mail, Fax oder Post zu oder bringen ihn zur ersten Behandlung mit.

### PERSÖNLICHE ANGABEN:

Herr

Frau

Kind

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße:

Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon Privat:

Mobil:

E-Mail:

Beruf/jetziges Tätigkeit – Rentner/früherer Beruf:

Bei Familienversicherung, abweichende Angaben des Versicherten/ Zahlungspflichtigen:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße:

Nr.:

PLZ:

Ort:

### VERSICHERUNG:

Gesetzlich versichert

Zusatzversicherung

Krankenkasse

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Basistarif



## WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Google Jameda

Beim Vorbeigehen Überweisung von \_\_\_\_\_

Presse/Anzeige Empfehlung von \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION:

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Blutverdünnende Medikamente ASS Marcumar Xarelto, Plavix, Eliquis

Biphosphonate (Knochenstärkungsmittel) Ja Nein

Hoher Blutdruck Ja Nein Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein Rheumatische Krankheiten Ja Nein

Blutgerinnungsstörung Ja Nein Osteoporose Ja Nein

Diabetes Ja Nein Krampfleiden/Epilepsie Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein Lungenerkrankung Ja Nein

Lebererkrankungen Ja Nein Magen-/Darmerkrankung Ja Nein

Infektionskrankheiten Ja Nein Mundtrockenheit Ja Nein

Tumorerkrankungen Ja Nein Strahlentherapie Ja Nein

Grüner Star/Glaukom Ja Nein psych. Erkrankung Ja Nein

Herzkrankungen Ja Nein

Wenn ja, welche? Herzinfarkt Herzschrittmacher künstliche Herzklappe Bypass Stent

Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

**MUNDGESUNDHEITSSITUATION: AUS WELCHEM GRUND SUCHEN SIE UNS AUF?**

zur Kontrolle	zur Beratung über:	Ästhetik
Verletzung		Zweite Meinung
Kiefergelenksprobleme		zur Schmerzbehandlung
wegen Zahnfleischprobleme/Parodontitis		

Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres geröntgt?	Ja	Nein
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich (PZR) gereinigt?	Ja	Nein
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich an ihre Vorsorge zu erinnern?	Ja	Nein
Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie per <b>SMS</b> benachrichtigen?	Ja	Nein

Wir bitten um ihr Verständnis dafür, dass wir Ihnen bei einer Terminabsage weniger als 24 Stunden vor der geplanten Behandlung eine Ausfallrechnung erstellen.

Bitte beachten Sie, dass nach einer Injektion oder Betäubung die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein kann!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der von Ihnen gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten\*  
\*bei Personen unter 18 Jahren Geschäftsunfähigen/Be-schränkt geschäftsfähig