



ANAMNESEBOGEN

DR. GERO KUTTLER
ZAHNARZT

PATIENTENDATEN:

VORNAME

STRASSE, NR

TELEFON PRIVAT

GEBURTSDATUM

BERUF

STRASSE, NR

TELEFON GESCHÄFTLICH

EMPFOHLEN DURCH

NAME

PLZ, ORT

E-MAIL PRIVAT

KRANKENKASSE

PRIVAT:

JA

NEIN

ARBEITGEBER

PLZ, ORT

E-MAIL GESCHÄFTLICH

GRUND IHRES ZAHNARZTWECHSELS

IM INTERESSE EINER KOMPLIKATIONSLOSEN BEHANDLUNG BITTEN WIR UM FOLGENDE ANGABEN:

JA NEIN HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN

BLUTHOCHDRUCK

HERZKLAPPENERSATZ

HERZSCHRITTMACHER

ENDOKARDITIS

INFEKTIÖSE ERKRANKUNGEN:

AIDS

HEPATITIS

ANDERE

ALLERGIEN BZW. UNVERTRÄGLICHKEITEN:

LOKALANÄSTHESIE/SPRITZEN

SCHMERZMITTEL

METALLE / SONSTIGE:

SONSTIGE LEIDEN:

ANFALLSLEIDEN (EPILEPSIE)

ASTHMA/LUNGENERKRANKUNGEN

BLUTGERINNUNGSSTÖRUNGEN

DIABETES / ZUCKERKRANKHEIT

DROGENABHÄNGIGKEIT

NIERENERKRANKUNGEN

OHNMACHT

SONSTIGE ERKRANKUNGEN:

JA NEIN BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT?

WENN JA, WELCHER MONAT?

HATTEN SIE OPERATIONEN?

WENN JA, WANN?

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE?

WÜNSCHEN SIE EINE BESONDERE

BERATUNG ÜBER:

IMPLANTATE

KNOCHENERSATZ

KERAMIK- / GOLDINLAYS

PROPHYLAXE

AUFHELLUNG DER ZÄHNE

PARODONTOSEBEHANDLUNG

KIEFERGELENKSBEHANDLUNG

ZAHNSCHMUCK

BITTE BEACHTEN SIE, DASS DIE FAHRTÜCHTIGKEIT UNTER EINFLUSS VON MEDIKAMENTEN ODER INJEKTIONEN ZUR ÖRTLICHEN BETÄUBUNG FÜR 4-6 STUNDEN BEEINTRÄCHTIGT SEIN KANN.

IHRE ANGABEN WERDEN VON UNS GGF. ELEKTRONISCH GESPEICHERT, UNTERLIEGEN ABER DEN STRENGEN BESTIMMUNGEN DES DATENSCHUTZES.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT