



ANAMNESEBOGEN

DR. GERO KUTTLER
ZAHNARZT

PATIENTENDATEN:

VORNAME

STRASSE, NR

TELEFON PRIVAT

GEBURTSDATUM

BERUF

STRASSE, NR

TELEFON GESCHÄFTLICH

NAME

PLZ, ORT

E-MAIL PRIVAT

☐☐

KRANKENKASSE

PRIVAT:

JA

NEIN

ARBEITGEBER

PLZ, ORT

E-MAIL GESCHÄFTLICH

IM INTERESSE EINER KOMPLIKATIONSLOSEN BEHANDLUNG BITTEN WIR UM FOLGENDE ANGABEN:

JA NEIN HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN

☐

BLUTHOCHDRUCK

☐

HERZKLAPPENFEHLER

☐

HERZKLAPPENERSATZ

☐

HERZSCHRITTMACHER

☐

ENDOKARDITIS

☐

HERZOPERATION

INFEKTÖSE ERKRANKUNGEN:

☐

AIDS

☐

HEPATITIS

☐

TUBERKULOSE

ALLERGIEEN 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?

☐

SIND BEI IHNEN BEREITS ZAHNÄRZTLICHE
RÖNTGENAUFNAHMEN GEMACHT WORDEN?

WENN JA, WANN?

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE
REGELMÄSSIG BZW. ZUR ZEIT?

WÜNSCHEN SIE EINE BESONDERE
BERATUNG ÜBER:

☐

PROPHYLAXE

☐

KERAMIKFÜLLUNGEN / VENEERS

☐

GOLDFÜLLUNGEN

☐

IMPLANTATE

☐

PARODONTOSEBEHANDLUNG

☐

KIEFERGELENKSBEHANDLUNG

☐

AUFHELLUNG DER ZÄHNE

☐

ZAHNSCHMUCK

☐

KNOCHENERSATZ

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