



Cavourstr., 105 – 39012 Meran
Tel. 0473/212421 Fax 0473/258539
Mwst/H.R./Stk. BZ nr.01684320219
Gesellschaftskapital € 10.000,00
e-mail:info@epdent.it

AUFNAHMEKARTEI UND ANAMNESE

Der vorliegende Fragebogen wird es uns erlauben, besser miteinander zu arbeiten. Wir bitten Sie daher, ihn aufmerksam an jeder Stelle auszufüllen. Sollten Sie einige Fragen nicht beantworten können, bitten wir Sie, sie persönlich mit dem Zahnarzt zu klären.

Patient Herr/Frau.....

Wohnung: Stadt : Postltz.

Strasse: Telef. Nr.....

Arbeitsplatz: Stadt: Postltz.

Strasse: Telef. Nr.....

Handynummer:

Email:@.....

Steuernummer:

Geburtsdatum und Ort:

Hausarzt:

Beruf:

Wirtschaftsverantwortlicher (nur bei Minderjährigen):

Eingeführt von Herrn/Frau:

Ausgenommene Tage und Stunden für Voranmeldungen:

.....

ANAMNESE (betreffendes bitte ankreuzen)

1. Befinden Sie sich in allgemein gutem Gesundheitszustand? Ja / Nein

2. Sind Sie in ärztlicher Behandlung, oder sind Sie in den letzten zwei Jahren, aus folgenden Gründen gewesen?

- Blutungen
- Nervöse oder psychische Störungen, Epilepsie
- Krampfanfälle
- Migräne, Ohrensausen, Schwindel
- Sinusitis, Schnupfen, erschwerte Nasenatmung
- Asthma
- Halswirbelartrose
- Rheumathritis
- Leberentzündung – Hepatitis A, B, C (betreffendes bitte ankreuzen)
- Herzkrankheiten
- Hoch- oder Niederblutdruck
- Diabetes

- Schilddrüsenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Lungenerkrankung
- Magen-Darmerkrankung
- Infektionskrankheiten :
- Chirurgische Eingriffe (betreffendes bitte angeben) :

SIND SIE ALLERGIESCH GEGEN (betreffendes bitte ankreuzen oder angeben):

- Allergien auf Antibiotika, Lokalbetäubungen oder andere Arzneimittel
- Zahnhärtliche Materialien (Amalgam, Kunstharz)
- Metalle
- Latex

GEGENWÄRTIGE PROBLEME

- Plötzliche Schmerzen tagsüber
- Schmerzen beim Kauen
- Schmerzen auf warm und kalt
- Schmerzen auf süß und sauer
- Schmerzen nachtsüber
- Anschwellung des Zahnfleisches
- Orale Fisteln
- Wackelnde Zähne
- Unregelmäßige Zähne
- Speisereste zwischen den Zähnen
- Anormale Färbung der Zähne
- Ästhetische Gründe
- Zähne zu ersetzen
- Mundgeruch
- Schmerzen an Kiefergelenken
- Andere Beschwerden (genaueres angeben)

WICHTIG FÜR DIE DIAGNOSE UND BEHANDLUNG

- Ungefähreres Datum der letzten Zahnuntersuchung:
- Haben Sie in den letzten zwei Jahren Röntgenuntersuchungen im Mund gemacht?
- Haben Sie bei örtlichen Betäubungen Reaktionen gehabt ?
- Benutzen Sie blutverdünnende Arzneimittel ?
- Sind Sie Raucher/in ?
- Trinken Sie viel Tee oder Kaffee?
- Sind Sie Träger/in eines Herzschrittmachers?
- Unterziehen Sie sich Cortisonkuren?
- Sind Sie schwanger?
- Sind Sie sehr ängstlich?
- Machen Sie Gebrauch, bei Bedarf, von Homöopathischen Mitteln?
- Haben Sie irgendwelche Empfehlungen oder Meldungen zu machen?.....

Diese vorliegende Karteikarte wird auf eigene Verantwortung (vom Verwandten oder Vormund wenn Minderjährig) ausgefüllt.

Erhaltene Daten werden in Beachtung der Artikel 13, 23 und 26 des Gesetzes 30 06 2003, nr. 196 (Datenschutz) behandelt.

Der vorliegenden Kartei werden ein Informationsblatt und ein Formular für die Zustimmung für die Benutzung von persönlichen Daten beigelegt.

Meran, den

Unterschrift:

Danke für die Mitarbeit!