



Anamnese-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

1 Patient/in		
Name:	Sprachen:	<input type="checkbox"/> Luxemburgisch
	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Portugiesisch
Vorname:	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Russisch
	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Italienisch
Geb:	Matricule:	Kasse:
Strasse:	Tel. privat:	Tel. mobil:
Postleitzahl:	Tel. geschäftlich:	E-Mail:
Ort:		
2 Erziehungsberechtigte/r		
Name:	Sprachen:	<input type="checkbox"/> Luxemburgisch
	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Portugiesisch
Vorname:	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Russisch
	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Italienisch
Geb:	Matricule:	Kasse:
Strasse:	Tel. privat:	Tel. mobil:
Postleitzahl:	Tel. geschäftlich:	E-Mail:
Ort:		

Terminabsagen bis mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin sind nicht kostenpflichtig.

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihrer persönlichen Daten während der Behandlung unverzüglich mit.

* Luxembourg,
 Ort/Datum Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ärztliche Behandlung:	Sind Sie momentan in allgemeinärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kieferorthopädische Behandlung:	Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Empfohlen durch:	
Grund des Besuches:	
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?		
	Ist eine Zahnfleischbehandlung geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ist eine Versorgung mit Zahnersatz geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ist eine Wurzelbehandlung geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ist die Entfernung eines Zahnes geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Hatten Sie einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wurden Zähne verletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden =>



CENTRE MEDICO DENTAIRE
 FAIENCERIE

Röntgen:	Wurden im letzten Jahr Röntgenbilder im Kopf-Halsbereich angefertigt? Wenn ja, wann und bei wem?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamente:	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Aspirin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Schmerztabletten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Anti-Diabetika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Antidepressiva	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Entzündungshemmende Mittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Blutdrucksenker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Gerinnungshemmer (falls ja, bitte genaue Angabe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für weibliche Patienten, ab 12 Jahren	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen/Beschwerden?

Herzerkrankungen:	z.B. Herzmuskelentzündung, angeborener Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufkrankungen:	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Atemwege:	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Bewegungsapparates:	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionen:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	HIV oder AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	aktuell: Röteln, Scharlach, Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hauterkrankungen:	Leiden Sie unter Haut- oder Geschlechtskrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems:	Leiden Sie unter epileptischen Anfällen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen im Kopfbereich	Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien:	Unverträglichkeit gegen Medikamente? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Unverträglichkeit gegen Metalle? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Unverträglichkeit gegen Latex?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Sonstige Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes während der Behandlung unverzüglich mit.

Luxembourg,
 Ort/Datum Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte

