

# Zahnarztpraxis an der Christuskirche

Dr. med. dent. Marjan Kavarizadeh-Krischok  
Kaiserstraße 63, 55116 Mainz, Tel.: 0 61 31 – 67 93 28

## Zahnärztlicher Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen.

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: ..... Telefon: .....

Vorname: ..... Mobil: .....

Geburtsdatum: ..... E-Mail: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Was ist heute Ihr Behandlungswunsch?

.....

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

Zustand nach Infarkt ja  nein   
Herzinsuffizienz ja  nein   
Herz-Muskelentzündung ja  nein   
Verengung der Herzkranzgefäße ja  nein   
Rhythmusstörungen ja  nein   
Bypassoperation ja  nein   
Herzklappenersatz ja  nein   
Schrittmacher ja  nein

Kreislauf

niedriger Blutdruck ja  nein   
Bluthochdruck ja  nein   
Angina pectoris ja  nein   
Durchblutungsstörungen ja  nein   
Schlaganfall ja  nein   
Erkrankung des blutbildenden Systems ja  nein   
Blutarmut ja  nein   
Bluter ja  nein

Augen

Grauer Star ja  nein   
Grüner Star ja  nein

Atmungswege/Lunge

Asthma ja  nein   
Bronchitis ja  nein

Blase-Nieren

Blasenerkrankung ja  nein   
Nierenerkrankung ja  nein   
Dialyse ja  nein

Leber

Gelbsucht ja  nein   
Hepatitis ja  nein

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit ja  nein   
Schilddrüsenüberfunktion ja  nein   
Schilddrüsenunterfunktion ja  nein

Bewegungsapparat

Rheuma ja  nein   
Gicht ja  nein

Zentrales Nervensystem

epileptische Anfälle ja  nein

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Haut und/oder Geschlechtskrankheiten ja  nein   
HIV bzw. AIDS, Tuberkulose ja  nein   
Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie) ja  nein

Osteoporose ja  nein   
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ja  nein

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Arzt: ..... Ort: ..... Telefon: .....

# Zahnarztpraxis an der Christuskirche

Dr. med. dent. Marjan Kavarizadeh-Krischok  
Kaiserstraße 63, 55116 Mainz, Tel.: 0 61 31 – 67 93 28

---

## Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente  
oder andere Stoffe? ja  nein

Wenn ja, gegen welche? .....

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja  nein

Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch? .....

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen  
nach zahnärztlichen Spritzen auf? ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Sind Sie z.Zt. schwanger? ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? .....

---

## Administrativ wichtige Informationen:

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?  
(Eintragungen der letzten 10 Jahre) ja  nein

Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen  
Kontrolltermine erinnert werden? ja  nein

Wünschen Sie eine Grundversorgung, die lt. den  
Richtlinien der Krankenkassen notwendig,  
ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig ist?  
(z.B. Vollmetall-Kronen, Zementfüllungen usw.) ja  nein

oder legen Sie Wert auf hochwertigen,  
ästhetischen Zahnersatz?  
(z.B. Vollkeramik-Kronen, Kunststoff-Füllungen usw.) ja  nein

Information: In unserer Praxis wird Amalgam als  
Füllungsmaterial nicht mehr verwendet.  
Legen Sie Wert auf Ratenzahlung? ja  nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja  nein

Besitzen Sie eine Zusatzversicherung? ja  nein

---

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?  
(Empfehlung, Anzeige/Announce, Internet, Sonstiges) .....

---

## Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

---

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift