



KREBS RIBBAT & Partner
ZAHNÄRZTE

Ästhetische und präventive
Zahnheilkunde
Orale Rehabilitation

Tätigkeitsschwerpunkte
Implantologie
Parodontologie
CMD-Kiefergelenktherapie
Kinder- und Jugendzahnheilkunde

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE 1/2

Zu Ihrer Person

.....
Name, Vorname Geburtsdatum

.....
Straße PLZ/ Ort

.....
Telefonnummer Beruf

Ihre Versicherung

.....
Name der Krankenkasse

- beihilfeberechtigt
- Zahnzusatzversicherung
- freiwillig versichert

Dr. Stephan Krebs

Dr.-Lindemann-Straße 31
29439 Lüchow

T 05841 - 4570

F 05841 - 4522

info@praxis-krebs.de

www.praxis-krebs.de

Dr. Julia Ribbat

Hauptstraße 30
29568 Wieren

T 05825 - 366

F 05825 - 320

info@praxis-ribbat.de

www.praxis-ribbat.de

Allgemeines Wohlbefinden

ja nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)
Andere Allergien

.....
Wenn ja, welche

Hoher Blutdruck
Niedriger Blutdruck
Herzerkrankungen
Blutgerinnungsstörungen
Schilddrüsenüberfunktion
Schilddrüsenunterfunktion
Infektionskrankheiten (Hepatitis/ TBC/ HIV)
Diabetes
Augenerkrankungen
Rauchen Sie?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

.....

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

.....

.....



KREBS RIBBAT & Partner
ZAHNÄRZTE

Ästhetische und präventive
Zahnheilkunde
Orale Rehabilitation

Tätigkeitsschwerpunkte
Implantologie
Parodontologie
CMD-Kiefergelenktherapie
Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Dr. Stephan Krebs
Dr.-Lindemann-Straße 31
29439 Lüchow
T 05841 - 4570
F 05841 - 4522
info@praxis-krebs.de
www.praxis-krebs.de

Dr. Julia Ribbat
Hauptstraße 30
29568 Wieren
T 05825 - 366
F 05825 - 320
info@praxis-ribbat.de
www.praxis-ribbat.de

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE 2/2

Zahn-Mund-Situation

- ja nein
- Haben Sie Zahnfleischbluten/ Zahnfleischrückgang? () ()
- Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk
(z.B. beim Gähnen, Kauen)? () ()
- Haben Sie Schmerzen am Kopf/ Nacken? () ()
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? () ()
- Tragen Sie einen Zahnersatz? () () Seit Jahren.
- Sind Sie mit der Farbe, Form und
Stellung Ihrer Zähne zufrieden? () ()
- Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen
Karies und Zahnfleischrückgang? () ()
- Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung
durchgeführt worden? () ()
- Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?

Für weibliche Patienten

- Besteht eine Schwangerschaft? () () In derten Woche.
- Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung,
wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft
eintritt!

- Wünschen Sie einen Recall? () ()
- Wir erinnern Sie rechtzeitig an Ihren nächsten Termin.

Beeinträchtigung im Straßenverkehr

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Spritzen zur lokalen Schmerzausschaltung, sowie Schmerz- und Beruhigungstabletten die Reaktionsfähigkeit und damit die Sicherheit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Sie sollten deshalb in Ihrem und im Interesse Ihrer Mitmenschen auf eine Teilnahme am Straßenverkehr für mindestens 3 Stunden verzichten.

Termine

Sollten Sie Ihre reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie rechtzeitig (möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen.
Sie ermöglichen damit einen besseren Ablauf in unserer Praxis und einem Mitpatienten die reservierte Zeit zu nutzen.

Erklärung

Ich habe diesen Anmeldebogen gelesen und verstanden. Zu meiner näheren Information hatte ich Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich verpflichte mich, Änderungen die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt mitzuteilen.

.....
Datum, Unterschrift