



DR. MED. BABETTE KLEIN
Kieferchirurgie..., aber naturheilkundlich!

Dr. med. B. Klein, Neuer Jungfernstieg 7, 20354 Hamburg,
Tel: 040/ 769 712 71 Fax: 040/ 769 712 72 Email: praxis@babette-klein.de

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Wohnort, PLZ: _____

Strasse, Hausnummer: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Versicherter (Name/Anschrift/Geb.-Datum): _____

Versicherung: _____

Beruf: _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Wer ist Ihr Zahnarzt? _____

Wer ist Ihr überweisender Arzt? _____

Wer hat Sie an uns verwiesen: Zahnarzt? _____ Arzt? _____ Freund/ Bekannter? _____

Internet? _____

Medikamenteneinnahme: _____

Allergien, Unverträglichkeiten: _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? _____

Sind Sie Raucher? _____

Allgemeine Anamnese zur ganzheitlichen Beurteilung

(Organ-Zahn-Beziehung)

Für eine ganzheitliche Beurteilung und Einschätzung, insbesondere Störfelddiagnostik, benötige ich weitere Informationen:

Bestehen oder bestanden Erkrankungen folgender Organe (stichwortartig)?

Herz: _____

Blutdruck: _____

Kreislauf _____

Lunge: _____

Leber, Gallenblase: _____

Magen, Darm: _____

Blase, Urogenitalsystem: _____

Bewegungsorgane, Gelenke: _____

Diabetes: _____

Schilddrüse: _____

Nervensystem (z.B. Parkinson): _____

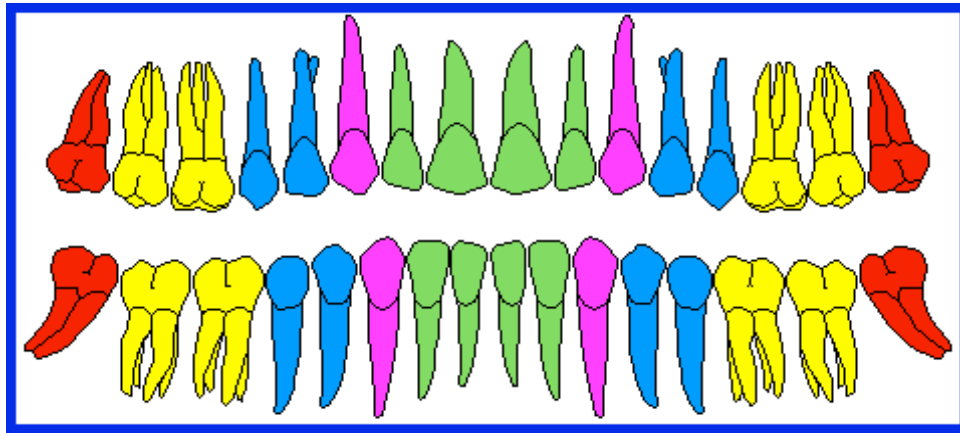
Besteht oder bestand eine Tumorerkrankung? _____

Frühere Operationen (Was wurde wann operiert?): _____

Leiden Sie an einer ansteckenden Erkrankung? (Hepatitis, Tuberkulose,

HIV) _____

Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden an einem Zahn? (Bitte ankreuzen)



rechts

links

Bestehen Druckgefühl, Schmerzen oder Missempfindungen im Zahn-
Kieferbereich? _____

Haben Sie Beschwerden im Bereich des Kiefergelenkes? - Beschwerden
bei Mundöffnung? _____

Kiefergelenkknacken? _____

Zungenpressen? _____

Zungenbelag? _____

Verfärbungen Zahnfleisch? _____

Geschmacksstörungen? _____

Haben Sie öfter Kopfschmerzen? Migräne? (Bitte Häufigkeit angeben)

Vielen Dank!

Sie unterstützen mit diesem Ausfüllbogen sowohl den zügigen Praxisablauf, als auch eine auf Sie abgestimmte Behandlung.

Wir bitten Sie außerdem Termine, die Sie **nicht** wahrnehmen möchten, 48 Stunden, mindestens jedoch 24 Stunden, vorher abzusagen.

Datum: _____ Unterschrift: _____