



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon (Festnetz)

Telefon (Arbeit)

Telefon (Mobil)

E-Mail-Adresse

Beruf, Arbeitgeber

Terminreminderung SMS E-Mail

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Freiwillig versichert

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers.

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort



ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapie oder Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige psychotherapeutische/ psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:		

	ja	nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:		
Nehmen Sie Medikamente ein? wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:		
<input type="checkbox"/> Cortison:		
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:		
<input type="checkbox"/> Antidepressiva:		
<input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin)		
<input type="checkbox"/> Bisphosphonate/ Osteoporosemedikamente		
<input type="checkbox"/> Sonstige:		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie regelmäßig oder gelegentlich Drogen oder bewusstseins- verändernde Substanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? wenn ja, welche Woche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

>>> BITTE WENDEN >>>



MUNDGESUNDHEITSSITUATION

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Zweite Meinung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen den Service bieten Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?		
.....		
.....		

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen | <input type="checkbox"/> Anzeige: |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Hausarzt: | <input type="checkbox"/> Internet: | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| | | |

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis, d.h. an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift