

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

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Terminreminder SMS

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung

Basistarif Beihilfeberechtigt

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

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	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"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen

MUNDGESUNDHEITSSITUATION

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

Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>
Neuer Zahnersatz	<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:

Infektionskrankheiten:

	ja	nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige

	ja	nein
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

Herzmedikamente:

Cortison:

Schmerzmittel:

Antidepressiva:

blutverdünnende Medikamente:

(z.B. ASS, Marcumar, Heparin):

Bisphosphonate:

Sonstige

	ja	nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für unsere Patientinnen:

	ja	nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche Woche:

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe 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"/>
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?	<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"/> _____
Überweisender Arzt: | <input type="checkbox"/> _____
Anzeige: |
| <input type="checkbox"/> _____
Internet: | <input type="checkbox"/> _____
Sonstiges: |

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, 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