

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir freuen uns, Sie in unserer Praxis willkommen zu heißen. Bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

Name	Vorname	Geburtsdatum

Straße & Hausnummer	Postleitzahl & Ort

Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail

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

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße & Hausnummer	PLZ & Ort	Krankenkasse

Hatten oder Haben Sie einer der folgenden Krankheiten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma (Atemnot) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Krankheiten | |
| <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche: | |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung oder Blutgerinnungsstörung | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wenn ja wann: | |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall, wenn ja wann: | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Herzmedikamente:
- Cortison:
- Schmerzmittel:
- Antidepressiva:
- Blutverdünner (z.B. ASS, Marcumar, Heparin):
- Sonstige:

Legen Sie wert auf eine Behandlung in örtlicher Betäubung?

- nein ja

Haben Sie ein Bonusheft?

- nein ja

Haben Sie einen Röntgenpass?

- nein ja

Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert?

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?

- nein ja

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

- nein ja

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"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Anzeige | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Hatten oder haben Sie allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Materialien?

- nein ja, welche?

Nehmen sie Marcumar / ASS/ Heparin/ Falithrom?

- nein ja

Wie hoch ist Ihr Blutdruck?

- normal niedrig hoch

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder besitzen Sie einen Herzpass?

- nein ja

Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?

- nein ja

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- nein ja, in Woche:

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: | |

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

- ja nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

- nein ja

Haben Sie Zahnfleischprobleme wie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang?

- nein ja

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

- nein ja

Wir bieten den Service einer Bestellpraxis. Das heißt an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig vorher abzusagen oder zu verlegen. Dies gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten und lange Wartezeiten zu verhindern.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben mit Ihrer Unterschrift

Ort & Datum	Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten