

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?

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

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?

- persönliche Empfehlung
- Überweisender Arzt
- Anzeige
- im Vorbeigehen
- Internet
- 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?

- Vorsorgeuntersuchung
- Schmerzbehandlung
- Überweisung Zahnarzt
- Sonstiges:
- Beratung
- Neuer Zahnersatz
- Zweite Meinung

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