



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Im Interesse Ihrer Behandlung, benötigen wir neben ihren persönlichen Angaben auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung und Ihre Zahngesundheit haben.

Deswegen bitten wir Sie diesen Anamnesebogen gewissenhaft und vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

Postleitzahl / Wohnort

Telefon privat

Telefon mobil

Beruf

Arbeitgeber

Telefon geschäftlich

E-Mail

VERSICHERUNG

Name der Krankenkasse / private Krankversicherung

Name und Anschrift des Hausarztes

pflichtversichert freiwillig versichert private Zusatzversicherung
privat versichert Basistarif

HAUPTVERSICHERTER / BETREUER (BEI MINDERJÄHRIGEN)

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

Postleitzahl / Wohnort

Möchten Sie automatisch an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? JA NEIN

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

auf Empfehlung von _____

Überweisung von _____

im Vorbeigehen

Googlesuche

Homepage

Telefonbuch

Zeitung

zufällig

ANAMNESEBOGEN

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, welche?		

Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, welche?		

Sonstige Erkrankungen:

INFEKTIONSKRANKHEITEN

HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, welche Form		
A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige:		

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
wenn ja welche?

Herzmedikamente: _____

Cortison: _____

Schmerzmittel: _____

Antidepressiva: _____

blutverdünnende Medikamente: (z.B. ASS, Marcumar, Heparin...) _____

Sonstige: _____

RISIKOFAKTOREN

	ja	nein
Rauchen Sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?		

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Woche/ welcher Monat?

RÖNTGEN

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-/
Kieferbereich geröntgt? _____

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

Haben Sie Angst beim Zahnarzt?

Auf einer Skala von 1-10, wie groß ist Ihre
Angst? _____

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb rechtzeitig (d.h. möglichst 48h vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und anderen Patienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termin mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 BGB; §287 ZPO berechnet werden.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Datum

Unterschrift