

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Patient

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ, Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	
Email	Beruf	

Versicherte/r oder gesetzl. Vertreter (nur auszufüllen, wenn von Patient abweichend)

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Versicherung

Krankenkasse:	-----	freiwillig	<input type="checkbox"/>
gesetzlich	<input type="checkbox"/>	beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/>
privat	<input type="checkbox"/>	Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/>

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? -----

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet	<input type="checkbox"/>	Empfehlung	<input type="checkbox"/>
Telefonbuch	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	-----

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungssystem? Ja Nein

Wenn ja, wie möchten Sie kontaktiert werden: Mail Anruf Brief

BITTE WENDEN

Allgemeinerkrankungen haben Auswirkungen auf Ihre Zähne, Ihr Zahnfleisch und Ihre Kiefergelenke. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bei der zahnärztlichen Behandlung angemessen mit einzubeziehen. Danke für Ihre Mitarbeit!

ALLGEMEINE SITUATION

ZAHN - MUND - SITUATION

zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Atemsystemerkrankung (Asthma) | <input type="checkbox"/> | Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Geräusche im Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | Schmerzen am Kopf/Nacken | <input type="checkbox"/> |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Tragen Sie Zahnersatz? | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | Ist eine kieferorthopädische
Behandlung durchgeführt worden? | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | Mundgeruch / schlechter Geschmack | <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> | | |
| Infektionskrankheiten: Hepatitis / TBC / HIV | <input type="checkbox"/> | | |
| Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | | |

Wenn ja, welche? _____

Allergien Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?

Vor ___ Monaten

In der Praxis von _____ Telefon _____

Für weibliche Patienten

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja, ich bin in der ___ Woche

Wir bitten um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich Änderungen mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift (gesetzl. Vertreter)