



Anamnesebogen

Herzlich Willkommen

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir begrüßen Sie in unserer Praxis! Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig aus. Wir erhalten so notwendige Informationen, die eine reibungslosere Behandlung ermöglichen und wir können uns noch besser auf Sie einstellen.

Patientendaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

Telefon:

E-Mail:

Mitglied/Versicherter

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift (Straße PLZ, Ort):

Telefon:

E-Mail:

Beruf

Bitte geben Sie Ihren Beruf an:

Anschrift des Arbeitgebers:

Telefon geschäftlich:

Hausarzt

Name und Anschrift des Hausarztes:

Versicherung

Name der Krankenkasse:

- Beihilfeberechtigt
- Zusätzlich versichert
- Freiwillig versichert
- Privater Basis- bzw. Standardvertrag

■ **Anamnese** Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

J = Ja | N = Nein

Allergien

Leiden Sie an Allergien? J N

Wenn ja, an welchen?

Tabakkonsum

Rauchen Sie? J N

Wenn ja, wieviele Zigaretten/Schachteln am Tag?

Herz-/Kreislaufkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen:

Herzkrankungen? J N

Wenn ja, an welchen?

Hoher Blutdruck? J N

Niedriger Blutdruck J N

Weitere Gesundheitsfragen

Leiden oder litten Sie an: Asthma? J N

Blutgerinnungsstörungen? J N

Infektionen (Hepatitis/TBC/Aids)? J N

Wenn ja, an welcher?

Zuckerkrankheit (Diabetes)? J N

Anfallsleiden? J N

Schilddrüsenerkrankung? J N



Anamnesebogen

Medikamente

Nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig Medikamente ein? J N
 Wenn ja, welche und wofür?

Letzter Zahnarztbesuch

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? J N
 Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich?

Schmerzen

Haben Sie wegen Schmerzen heute Tabletten oder Alkohol genossen? J N

Zahn-/Mundsituation

Zahnfleischbluten? J N
 Geräusche, Knacken im Kiefergelenk? J N
 Schmerzen am Kopf/Nacken? J N
 Tragen Sie Zahnersatz? J N
 Wenn ja, seit wann?

Sind Sie mit der Farbe oder der Form Ihrer Zähne, kurz mit Ihrem "Lächeln zufrieden"? J N

Grund des Arztbesuches

Bitte geben Sie an, welches besondere Anliegen Sie in unsere Praxis führt:

- Amalgamalternativen
- sinnvolle Zahnvorsorge
- Kinderbehandlungen
- Implantologie
- strahlungsarmes Röntgen
- Laser
- Sonstiges:

Recall

Möchten Sie unseren kostenlosen Recall - Service (z.B. für Ihr Bonusheft) in Anspruch nehmen? J N

Besondere Wünsche

Ihre besonderen Wünsche und Erwartungen beim Zahnarzt:

Empfehlung

Beim wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufgesucht haben?

Datenschutz

Für den Fall einer Fotodokumentation: Ich bin mit der Verwendung meiner Aufnahmen zur Dokumentation, zu Planungszwecken, Beratungen und Technikerinformationen einverstanden.

Terminabsage

Wir haben für Ihren geregelten Behandlungsablauf ein Bestellsystem eingeführt. Bitte halten Sie deshalb Ihre Termine ein. Sollte es wiederholt erfolgen, dass Sie nicht kommen oder sehr kurzfristig absagen erheben wir ein Ausfallhonorar nicht unter 39,- €.

Zur Kenntnis genommen.

Unterschrift

Falls sich Änderungen bei Ihren persönlichen Daten oder Ihrem Gesundheitszustand ergeben, bitten wir um eine zeitnahe Mitteilung. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Für alle anfallenden Fragen und Informationen über unseren umfangreichen Patientenservice stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ort/Datum: