



Ein kleiner Hinweis vorab: Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten, können Kosten in Form eines Ausfallhonorars gem. § 615 BGB entstehen. Bitte sagen Sie einen Termin mindestens 24 Stunden vor der vereinbarten Zeit ab.

ANAMNESEBOGEN

Wir freuen uns sehr über Ihren Besuch in unserer Praxis. Damit wir Sie optimal behandeln können, benötigen wir einige Auskünfte zu Ihrer Person und zu Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auch Allgemeinerkrankungen können einen Einfluss auf Ihre Zahngesundheit und die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten haben. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

Postleitzahl / Ort

Telefon privat

Telefon Arbeit

E-Mail

Beruf / Arbeitgeber

Versicherung

Krankenkasse

gesetzlich versichert

ja

nein

privat versichert

ja

nein

Basistarif

ja

nein

Zusatzversicherung

ja

nein

Beihilfeberechtigt

ja

nein

Wenn Sie als Patient nicht selbst Mitglied der Krankenkasse sind, nennen Sie bitte auch die Daten des Versicherungsnehmers:

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr

Postleitzahl / Ort

Ort / Datum

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

Ort / Datum

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

Ort / Datum

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

Bitte wenden!



Allgemeine Gesundheitssituation

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen

- hoher Blutdruck ja nein
niedriger Blutdruck ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Herzerkrankungen ja nein

Wenn ja, welche: _____

- Schlaganfall ja nein
Diabetes ja nein

HbA1c-Wert: _____

- Zahnfleischbluten ja nein
Ohrensausen / Tinnitus ja nein
Epilepsie ja nein
Grünen Star ja nein

- Schilddrüsenerkrankung ja nein

- Rheuma ja nein

- Tuberkulose ja nein

- HIV (Aids) ja nein

- Krankenhauskeim MRSA ja nein

- Osteoporose ja nein

- Hepatitis ja nein

Wenn ja, welcher Typ? A B C

- Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie

- Herzmedikamente
 Schmerzmittel
 blutverdünnende Medikament
 Antidepressiva
 Cortison (Kortikoide)
 Bisphosphonate
 andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen
Medikamente oder Spritzen aufgetreten ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Tragen Sie

- einen Herzschrittmacher ja nein
einen Defibrillator ja nein

Eine Frage an unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Sind Sie Raucher ja nein

Anzahl der Zigaretten am Tag: <10 ≥10

Stehen Sie unter Betreuung? ja nein

Zahngesundheit

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

- Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung Neuer Zahnersatz Überweisung Zweite Meinung

Sonstiges: _____

Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? (Blutungen, Zahnfleischrückgang) ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig untersucht? ja nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt? ja nein