

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung, weil sich Medikamente oder auch Krankheiten gegenseitig beeinflussen können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.



Meine Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dadurch entstehen für Sie keine Wartezeiten und ich kann Sie in Ruhe, in der für Sie reservierten Zeit behandeln. Sollten Sie jedoch einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte auf jeden Fall ab – wenn möglich 24 Stunden vorher.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Strasse + Nr.: _____

PLZ + Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Mobil: _____

E-Mail: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Anschrift: _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja nein

Wünschen Sie über **Implantate** aufgeklärt zu werden? ja nein

Wünschen Sie eine Beratung über eine **Laserbehandlung**? ja nein

Sind Ihnen ästhetisch schöne Zähne wichtig und möchten Sie die eigenen Zähne bis ins hohe Alter behalten? Können wir Sie für unser Motto **Gib Karies keine Chance** begeistern? ja nein

Möchten Sie an den nächsten Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja, wie? telefonisch per Post per E-Mail

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass oder reagieren

Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja nein

Wenn ja, auf welche? _____

Ist Ihr Blutdruck zu hoch? ja nein

Ist Ihr Blutdruck zu niedrig? ja nein

Sind Sie Diabetiker? ja nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Haben Sie Hepatitis B oder C? ja nein

Sind Sie HIV positiv? ja nein

Haben/hatten Sie eine MRSA-Infektion? ja nein

Haben Sie epileptische Anfälle? ja nein

Haben Sie eine Magen-, Darm-, oder Nierenerkrankung? ja nein

Leiden Sie unter Migräne? ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Organtransplantat? ja nein

Haben Sie grünen Star? ja nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Bitte beachten Sie, Ihre Verkehrstüchtigkeit nach Injektionen dass für 4 Stunden beeinträchtigt ist!!!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____