

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____
 Geb.-Datum und Ort: _____
 Anschrift: _____
 Telefon:/Handy: _____
 Tagsüber erreichbar: _____
 Email: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____
 Name Ihres Hausarztes: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!
 Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir bitten Sie diesen Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen, um Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen zu können. Auch allgemeine Erkrankungen und Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort nicht im Klaren sind, wenden Sie sich bitte an uns.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit .

Versicherung

Krankenkasse: _____

Gesetzlich versichert JA NEIN Privat versichert JA NEIN Basistarif JA NEIN
 Zusatzversicherung JA NEIN Beihilfe JA NEIN

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Geburtsdatum, Anschrift: _____

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung Internet Anzeige
 im Vorbeigehen Überweisender Arzt Sonstiges

Warum suchen Sie uns auf? Persönliche Anliegen?

Vorsorge Schmerzbehandlung neuer Zahnersatz
 Beratung zweite Meinung Ästhetik

Haben Sie akute Schmerzen JA NEIN Kiefer-/ Kiefergelenksschmerzen JA NEIN
 Haben Sie Zahnfleischbluten JA NEIN Haben Sie Schmerzen beim Kauen JA NEIN
 Sind Ihre Zähne temperaturempfindlich JA NEIN Knirschen Sie mit den Zähnen JA NEIN
 Haben Sie Mundgeruch/
 schlechter Geschmack JA NEIN Waren Sie bisher regelmäßig bei der professionellen
 Zahnreinigung (PZR) JA NEIN
 Rauchen Sie JA NEIN

Letzter Zahnarztbesuch ca. _____

Letztes Röntgenbild ca. _____

Bitte wenden

Fragebogen zum Gesundheitszustand

Haben oder hatten Sie:

- Hoher/ niedriger Blutdruck JA NEIN
- Stent, Künstl. Herzklappe JA NEIN
- Diabetes JA NEIN
- Tinnitus JA NEIN
- Epilepsie JA NEIN
- Gelenkprothese JA NEIN
- Grüner Star JA NEIN
- HIV (Aids) JA NEIN
- Hepatitis A B C JA NEIN
- Allergien JA NEIN

Wenn ja welche? _____

Sonstige Infektionen oder Erkrankungen: _____

Nehmen Sie Medikamente?

- Bluthockdruck Schmerzmittel
- Blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar, Eliquis,..)
- Antidepressiva Kortison
- Bisphosphonate
- andere Medikamente

Durch die örtliche Betäubung und besonders kann es zur Verminderung des Reaktionsvermögens kommen. Ihre Fahrtüchtigkeit und die Fähigkeit, Maschinen zu bedienen, sind daher herabgesetzt! Auf Wunsch rufen wir Ihnen auch gerne ein Taxi. Bei jeder zahnärztlichen Lokalanästhesie besteht die Gefahr der Schädigung von umgebenen Strukturen, beispielsweise von Nerven. Während der Dauer der Anästhesie besteht die Gefahr von Bissverletzungen.

Wir möchten alle GK-Versicherten Patienten darauf hinweisen, dass laut Kassenvertrag bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte eine Privatabrechnung erfolgen soll, sofern die Karte nicht bis spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin beigebracht wird.

Bei nicht Wahrnehmen von Terminen oder kurzfristiger Absage (>24h) behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar nach §615 BGB in Rechnung zu stellen.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Daten und ihres Gesundheitszustandes umgehend mit.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Unterschrift Patient/in; Erziehungsberechtigte/r

Ort, Datum

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des

- Tumore JA NEIN
- Atemwege JA NEIN
- Schilddrüse JA NEIN
- Gelenke (Rheuma) JA NEIN
- Nieren JA NEIN
- Leber JA NEIN
- Magen-Darm-Trakt JA NEIN
- Herz-Kreislaufsystem JA NEIN
- Wirbelsäule JA NEIN

Für unsere Patientinnen:

Sind sie Schwanger? JA NEIN

Welche Woche/ errechneter Geburtstermin?
