

Anamnesebogen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Allgemeine Angaben

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Versicherter Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Straße/Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ Geschäftlich _____

E-Mail _____

Geburtsort (§ 28 Röntgenverordnung) _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Gesetzliche Krankenkasse _____ zusätzlich versichert freiwillig versichert

Private Versicherung _____ beihilfeberechtigt Basistarif

Allgemeine Situation

	Ja	Nein
Medikamentenallergie (z. B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja welche? _____		
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck hoch <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/>		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-/Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen (Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen z. B. Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? _____		

Zahn-Mund Situation

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

	Ja	Nein
Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche im Kiefergelenk (z. B. beim Kauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen am Kopf/Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kronen oder Brücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wie vielen Jahren: _____		
Tragen Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wie vielen Jahren: _____		
Haben Sie Implantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wie vielen Jahren: _____		
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen bereits eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____		

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? Vor _____ Monaten

Bei Zahnarzt _____

Anschrift _____

Für weibliche Patienten

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

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

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Weiterhin bitten wir Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Unterschrift