

Anamnese-Bogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühe.

Patient/in

Name
Vorname
Straße
PLZ/Ort
Geboren am
Beruf
Arbeitgeber
Krankenkasse
Hausarzt
Telefon privat
Fax privat
Mobiltelefon
Telefon Arbeit
E-Mail

Versicherte/r

Falls nicht selbst, sondern bspw. über Vater, Ehegatten etc. versichert.

Name
Vorname
Straße
PLZ/Ort
Geboren
Beruf
Arbeitgeber

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung durch (bitte Namen angeben)

.....
 Internet Lage der Praxis Telefonbuch Sonstiges

Sind Sie privat versichert? Ja Nein Nicht bekannt
Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein Nicht bekannt
Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein Nicht bekannt

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen:

Erkrankung/en

<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung (Arrhythmie)
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung/-ersatz
<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Angina Pectoris, Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Bypass/Stent/Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Endokarditis-Prophylaxe
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)	<input type="checkbox"/> Neigen Sie zu blauen Flecken?
<input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> Rheuma, rheumatisches Fieber
<input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C)	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/> Augenerkrankung (Glaukom - grüner Star)
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung
<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Einnahme von Bisphosphonaten
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Neigen Sie zur Ohnmacht
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Depressionen/Psychose
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankung
<input type="checkbox"/> Rauchen Sie? (wieviele Zigaretten pro Tag:)	<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen/Infektionen

(Kontakt-)Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepaß?):

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (z.B. Marcumar, Clopidogrel (Plavix), ASS)

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannung, Rückenschmerz, Tinnitus? Ja Nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein In welchem Monat?

Bitte wenden!

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt, Ihre Zähne gesund zu erhalten.

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern.

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine an.

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen? Ja Nein

Wenn Ja, per: SMS:

E-Mail:

Ich wünsche eine Beratung über

- Implantate (künstliche Zahnwurzeln)
 - Zahnersatz
 - Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung)
 - Amalgamaustausch / -alternativen
 - Schöneres Lächeln - ästhetische Zahnheilkunde
 - Kiefergelenk-Behandlung (CMD)
 - Alternative Heilmethoden
 - Sonstiges:
- Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung
 - Kinderprophylaxe
 - Beratung für Schwangere
 - Mundgeruchsprechstunde
 - Bleaching (Zahnaufhellung)
 - Angstfreie Behandlung
 - Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, **bitte spätestens 24 Stunden vorher absagen**, da sonst die für Sie vorgesehene Arbeitszeit mit bis zu 150,-€ pro Stunde in Rechnung gestellt werden muss. (§§304, 615 BGG)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß §4a BDSG bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten
