

IHRE ZAHNÄRZTE

LANDHAUSSTRASSE

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!
Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach StGB §203 und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. **Bitte teilen Sie uns Veränderungen diesbezüglich umgehend und spätestens vor Beginn der Behandlung mit.**

Kontaktdaten

Patient - bitte in Druckbuchstaben ausfüllen -

Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Zahn - Zusatzversicherung:	

Versicherter (falls vom Patient abweichend) - bitte in Druckbuchstaben ausfüllen -

Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail

Wie sind Sie versichert? Gesetzlich versichert (GKV) freiwillig GKV-versichert Privat versichert (PKV) Beihilferechtigt

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Bitte ankreuzen/ausfüllen)

auf Empfehlung von: _____ Magazin: _____

Online: Internet (Google): _____ Empfehlungsportal (Jameda): _____

Social Media: _____ Sonstiges: _____

Wünschen Sie regelmäßig an zahnärztliche Kontrolltermine erinnert zu werden? Ja Nein

Wünschen Sie regelmäßig an Prophylaxetermine erinnert zu werden? Ja Nein

Wie möchten Sie gern an Ihre Termine erinnert werden? per Telefon per SMS per E-Mail

Haben Sie ein regelmäßig geführtes Bonusheft? Ja Nein

Möchten Sie ein Röntgennachweisheft? Ja Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal im Bereich der Zähne geröntgt? _____

*Dies ist eine Praxis mit Bestellsystem. Ich nehme daher zur Kenntnis, dass die reservierte Zeit meiner Termine ausschließlich für mich als Patient reserviert ist. Ich erkläre hiermit, dass ich meine Termine pünktlich wahrnehme oder selbst bei geringfügiger Verspätung in der Praxis Bescheid gebe. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mir bei **kurzfristiger Absage (weniger als 48 Stunden vorher)** oder **bei Nichterscheinen ein Ausfallhonorar (gemäß § 615 BGB) in Höhe von 50,00 € pro angefangener halben Stunde** in Rechnung gestellt werden darf. Eine Ausnahme davon trifft lediglich dann zu, wenn Fremdverschulden oder höhere Gewalt vorliegt.*

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Gesundheitsfragen

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Bitte kreuzen Sie "Ja" oder "Nein" an und fügen Sie gegebenenfalls Ergänzendes hinzu.

Herz-Kreislaufkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz) Ja Nein
Herzklappenersatz / -fehler Ja Nein
Herzasthma / Angina pectoris Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein
Endokarditis Ja Nein
hoher Blutdruck Ja Nein

Herzinfarkt Ja Nein
ja, wann? _____

Schlaganfall / Ohnmachtsanfall Ja Nein
ja, wann? _____

Gerinnungsstörungen Ja Nein
Blutungsneigung (Hämophilie) Ja Nein
Bluterkrankung (Anämie) Ja Nein
Sonstige: Ja Nein

Besitzen Sie einen Herzpass? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit / Diabetes Ja Nein
Welcher Typ? Typ I Typ II

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Magen-Darm-Erkrankung Ja Nein
Nierenerkrankung Ja Nein
Sonstige: Ja Nein

Allergien/Überempfindlichkeiten:

Penicillin-Überempfindlichkeit Ja Nein
Latex-Allergie Ja Nein
Spritzen / Lokalanästhesie Ja Nein
Metalle Ja Nein
Jod Ja Nein
sonstige Allergien: Ja Nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

CMD Fragen:

Tinnitus Ja Nein
häufig Kopfschmerzen Ja Nein
in physiotherap. Behandlung Ja Nein
Nacken- oder Rückenschmerzen Ja Nein
Schlafstörungen Ja Nein
Zähneknirschen oder -pressen Ja Nein

Andere Erkrankungen:

Anfallsleiden (Epilepsie, Krämpfe) Ja Nein
Depressionen Ja Nein
Knochenerkrankung (Osteoporose) Ja Nein
Rheuma / rheumatoide Arthritis Ja Nein
Atemwegserkrankung / Asthma Ja Nein
Augenerkrankungen (Grüner Star) Ja Nein
Haut-/ Schleimhauterkrankungen Ja Nein
Tumorerkrankung Ja Nein
Falls ja, welche? _____
Bestrahlung im Kopf- oder
Halsbereich, Chemotherapie? Ja Nein

Infektionskrankheiten:

HIV / Aids Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
Leberentzündung / Gelbsucht Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Sonstige: Ja Nein

Medikamente:

regelmäßige Einnahme: Ja Nein
(z.B. Heparin, Aspirin, Marcumar, etc.)

Nehmen oder nahmen Sie
Bisphosphonate ein? Ja Nein

Sonstige Fragen:

Besteht eine Schwangerschaft?
SSW: Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Sind Sie Angstpatient? Ja Nein

Ich möchte eine Beratung zu
Nahrungsergänzungsmitteln: Ja Nein

Beruf: _____

Firma: _____

Hausarzt: Name & Adresse

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller oben gemachten Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift Patient