

IHRE ZAHNÄRZTE

LANDHAUSSTRASSE

ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sehr sorgfältig aus.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht StGB § 203 und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bitte teilen Sie uns in Zukunft Veränderungen dieser Angaben rechtzeitig vor Behandlungsbeginn mit.

PATIENT

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort		
Telefon	Mobil	E-Mail	Beruf
Krankenkasse	Zusatzversicherung		

VERSICHERTER (FALLS ABWEICHEND VOM PATIENTEN)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort		
Telefon	Mobil	E-Mail	Beruf

WIE SIND SIE VERSICHERT? GKV (gesetzlich-pflichtversichert) GKV (freiwillig) PKV (privat)

HABEN SIE EINE PRIVATE ZAHNZUSATZVERSICHERUNG? Nein Ja, Name der Versicherung _____

SIND SIE BEIHILFEBERECHTIGT? Ja Nein

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

auf Empfehlung von _____ Website _____
 Suchmaschine _____ Empfehlungsportal _____ sonstige _____
(Telefonbuch, Anzeige etc.)

MÖCHTEN SIE GERNE AN IHREN NÄCHSTEN VORSORGETERMIN ERINNERT WERDEN? Ja, per: E-Mail Post Telefon

HABEN SIE EIN REGELMÄSSIG GEFÜHRTES BONUSHEFT? Ja Nein

MÖCHTEN SIE EIN RÖNTGENNACHWEISHEFT? Ja Nein

Liebe Patientin, lieber Patient,
sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher darüber.
Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für nicht rechtzeitig abgesagte Termine oder unentschuldigtes Fernbleiben laut einem Gerichtsurteil des Amtsgerichtes Fulda vom 16.05.2002 (Az. 34 C 120/02/D) die entgangene und kostenverursachende Arbeitszeit in Rechnung gestellt werden kann.

GESUNDHEITSFragen

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?
Bitte ausfüllen oder ankreuzen.

HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN

Ja Nein

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Herzklappenersatz / -fehler
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher
- Endokarditis
- Besitzen Sie einen Herzpass?
- Bluthochdruck

- Herzinfarkt, wann? _____
- Schlaganfall
- Gerinnungsstörung

sonstige: _____

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Ja Nein

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Magen-Darm-Erkrankung
- Schilddrüsenerkrankung

sonstige: _____

AUGENERKRANKUNGEN

Ja Nein

- Grüner Star (Glaukom)

sonstige: _____

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Ja Nein

- (z.B. Depressionen, Epilepsie / Krampfleiden)

sonstige: _____

BLUTERKRANKUNGEN

Ja Nein

- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

sonstige: _____

ALLERGIE / ÜBEREMPFLINDLICHKEIT

Ja Nein

- gegen Medikamente (z.B. Penicillin, Schmerzmittel)
- Latex Jod Spritze / Lokalanästhesie Metalle

sonstige: _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Ja Nein

- Hepatitis (Leberentzündung, Gelbsucht)
- Tuberkulose AIDS / HIV

sonstige: _____

TUMORERKRANKUNGEN

Ja Nein

Welche? _____

Bestrahlung im Kopf- / Halsbereich, Chemotherapie

sonstige: _____

ANDERE ERKRANKUNGEN

Ja Nein

(z.B. Nierenerkrankung, Rheuma / rheumatoide Arthritis, Osteoporose, Asthma o.a.)

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄSSIG EIN?

(z.B. blutverdünnende Medikamente, Blutdrucktabletten)

NEHMEN ODER NAHMEN SIE BISPHOSPHONATE EIN?

Ja Nein

Welche und wie? _____

FÜR FRAUEN: BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT?

Ja Nein

Wenn ja, SSW: _____

Sind Sie z.Zt. wegen einer der Krankheiten in ärztlicher Behandlung, nennen Sie uns bitte Namen und Adresse des behandelnden Arztes:

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

Datum Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters