



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

--	--	--

Name

Vorname

Geburtsdatum

Bei Familienversicherten- Angaben des Versicherten

--	--	--

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

--	--	--

Straße

PLZ

Ort

--	--	--

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Telefon Arbeit

--	--	--

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Gesetzliche Krankenkasse/ ggf. private Zusatzversicherung

--	--	--

Privatversicherung

--	--	--

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Überweisender Zahnarzt

--

Name

- Persönliche Empfehlung
- Im Vorbeigehen
- Internet
- Uhr / Goetheplatz

Bitte wenden →

Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche:

Herzmedikamente: _____

Schilddrüsenerkrankung Cortison: _____

Rheumatische Krankheiten Schmerzmittel: _____

Allergien: _____

Antidepressiva: _____

blutverdünnende Medikamente: z.B. ASS, Marcumar, Heparin, Falithrom, Xarelto, Pradaxa, Duoplavin, Clopidogrel): _____

Sonstige: _____

	Ja	nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche Woche: _____		

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	Beratung	<input type="checkbox"/>	Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/>
Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	Überweisung Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	Zweite Meinung	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____					

	Ja	Nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungen beim Zähneputzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine die von Ihnen nicht eingehalten werden können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Bei Nichtabsage des Termins, sind wir berechtigt nach § BGB 615, das Ausfallhonorar Ihnen in Rechnung zu stellen. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort

Datum

Unterschrift