

ANAMNESEBOGEN

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,
HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Damit wir uns optimal auf Ihre Behandlung einstellen können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Wir bitten Sie, diesen Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Falls Sie Hilfe beim Ausfüllen brauchen, sprechen Sie uns bitte an.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name | Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Strasse | Hausnummer

PLZ | Ort

Festnetz

Mobil

eMail

Beruf

IHRE KRANKENKASSE:

Gesetzlich Zahnzusatzversicherung Privat Beihilfeberechtigt Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, über wen sind Sie versichert?

Name | Vorname

Geburtsdatum

Strasse | Hausnummer

PLZ | Ort

IHR BEHANDELNDER HAUSARZT:

Name

Ort

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

ALLGEMEINE ANAMNESE

BESTEHT ODER BESTAND BEI IHNEN EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Falls Sie mit „ja“ antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

	ja	nein	ergänzende Angaben
Allergie (welche)			
Anfallsleiden (Epilepsie)			
Atemwegserkrankungen			
ERKRANKUNGEN DES HERZENS:			
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Herzfehler <input type="checkbox"/> Angina Pectoris			
Erhöhter Blutdruck			
Niedriger Blutdruck			
Blutgerinnungsstörung			
Apoplex (Schlaganfall)			
Diabetes (Zuckerkrankheit)			
Glaukom (erhöhter Augendruck)			
SKELETTSYSTEM/ KNOCHEN:			
<input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke			
NIERENERKRANKUNGEN:			
<input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Chronische Niereninsuffizienz			
LEBERERKRANKUNGEN:			
Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C			
INFEKTIONSERKRANKUNGEN:			
<input type="checkbox"/> HIV/Aids <input type="checkbox"/> Tbc			
Magen-Darm-Erkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Tumorerkrankungen			
Frühere Operationen (welche?)			
Suchterkrankungen			
Psychische Erkrankungen			
Besteht eine Schwangerschaft			
BLUTVERDÜNNENDE MEDIKAMENTE:			
<input type="checkbox"/> ASS/Aspirin <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Plavix, Clopidogrel, Iscover			
Bisphosphonate (Knochenstärkungsmittel)			
Andere Medikamente			
Sonstige Erkrankungen			

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

	ja	nein	ergänzende Angaben
Rauchen Sie? (wenn ja wieviel?)			
Knirschen Sie mit den Zähnen?			

Letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung am:

Haben oder hatten Sie in letzter Zeit?:

- Schmerzende/überempfindliche Zähne Zahnfleischantzündungen/-bluten
 Kiefergelenkbeschwerden Störende Zahnkanten

	ja	nein	ergänzende Angaben
Gab es schon einmal Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung?			
Haben Sie Angst vor der Behandlung?			
Möchten Sie heute über etwas Bestimmtes informiert werden?			

Ihre Angaben werden zwar von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt, d.h., wir halten für Ihre Behandlung den mit Ihnen vereinbarten Zeitraum frei. Deshalb bitten wir Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls kann Ihnen die extra für Sie freigehaltene und nicht genutzte Behandlungszeit in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM RECALL

Gerne nutze ich den kostenlosen Service der Praxis, an zukünftige Termine erinnert zu werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

- nein
 ja eMail Anruf Post

DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT