

ANAMNESEBOGEN

Wir freuen uns, Sie in unserer zahnärztlichen Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir uns bestmöglich auf Ihre Behandlung vorbereiten können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den neuen Datenschutzbestimmungen, die seit 01.05.2018 in Kraft getreten und für Sie im Wartezimmer nach zu lesen sind.

PATIENT:

Name	Vorname	Geburtsdatum	email
------	---------	--------------	-------

MITGLIED:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

ADRESSE:

Strasse	PLZ	Ort	Tel.
---------	-----	-----	------

Handy:

KRANKENKASSE:

BERUF:

gesetzlich versichert freiwillig versichert beihilfeberechtigt

WAS FÜHRT SIE ZU UNS? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? Wenn ja von wem? -----
- Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? -----
- Haben Sie jetzt Zahnschmerzen? Haben Sie gelegentlich Zahnfleischbluten? Knirschen Sie?
- Haben Sie an Ihren Zähnen Verunreinigungen entdeckt, die Sie nicht mit Ihrer Zahnbürste entfernen können?
- Sind Sie unzufrieden mit der Farbe Ihrer Zähne? Haben Sie schiefe Zähne, die Sie stören?
- Welche anderen Probleme haben Sie mit den Zähnen? -----

WENN SIE ZUR ZEIT IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG STEHEN, WEGEN WELCHER KRANKHEITEN WERDEN SIE BEHANDELT UND WIE LAUTET DER NAME IHRE HAUSARZTES? -----

HERZERKRANKUNGEN: Herzinsuffizienz Herzarrhythmien Bypassoperationen
Herzinfarkt Herzschrittmacher Herzklappenersatz

KREISLAUFERKRANKUNGEN: niedriger Blutdruck hoher Blutdruck Angina pectoris Durchblutungsstörung
Schlaganfall Ohnmacht Blutarmut Bluter

STOFFWECHSELERKRANKUNG: Diabetes Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion

MAGEN-DARM: Magenerkrankung Darmerkrankung
NERVENERKRANKUNG: Epilepsie
AUGENERKRANKUNGEN: Grüner Star Glaukom
ATHEMWEGSERKRANKUNGEN: Asthma Bronchitis
NIERENERKRANKUNG: Blasenerkrankung Nierenerkrankung Dialyse
LEBERERKRANKUNGEN: Gelbsucht Hepatitis(A,B,C)
SONSTIGE ERKRANKUNGEN: Hautkrankheiten HIV/AIDS Tuberkulose Tumorerkrankungen

REGELMÄßIGE EINNAHME VON MEDIKAMENTEN:

ALLERGISCHE REAKTIONEN AUF MEDIKAMENTE/MATERIALIEN:

SIND/WAREN SIE DROGEN-ODER ALKOHOLABHÄNGIG?

SIND SIE FRISCH OPERIERT, WANN, WELCHES BEHANDLUNGSGEBIET?

SIND SIE SCHWANGER, WENN JA –WELCHER MONAT?

**WURDEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN IM KOPF-, KIEFER- ODER ZAHNBEREICH GERÖNTGT, WENN JA-
WO UND IN WELCHER PRAXIS?**

**BESTZEN SIE EIN BONUSHEFT, DANN KÖNNEN SIE DIESES EINMAL IM JAHR IN UNSERER PRAXIS ABSTEMPELN
LASSEN!**

ICH MÖCHTE EINE BERATUNG ÜBER FOLGENDE THEMEN:

- Professionelle Zahnreinigung
- Ästhetischer Zahnersatz
- Implantate
- Bleaching
- KFO

**ICH MÖCHTE ALLE 6 MONATE AN EINEN ZAHNÄRZTLICHEN VORSORGETERMIN ERINNERT WERDEN. DIESE
EINWILLIGUNG KANN ICH JEDERZEIT WIDERRUFEN.**

**SIE VERPFLICHTEN SICH DIE PRAXIS SOFORT ÜBER VERÄNDERUNGEN DER OBEN ANGEGEBENEN ANGABEN IN
KENNTNIS ZUSETZEN. SOLLTEN SIE IHRE VEREINBARTEN BEHANDLUNGSTERMINE NICHT EINHALTEN
KÖNNEN, MÜSSEN SIE MINDESTENS 24 STUNDEN VORHER IHREN TERMIN IN DER PRAXIS ABSAGEN,
ANSONSTEN MÜSSEN WIR IHNEN EIN AUSFALLHONORAR BIS ZU 150 EURO IN RECHNUNG STELLEN.**

BESTÄTIGUNG DER RICHTIGKEIT DER OBEN AUFGEFÜHRTEN ANGABEN:

.....

DATUM

UNTERSCHRIFT