
ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu bearbeiten, bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich ärztlicher Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon (privat): _____

(tagsüber): _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Versicherter (falls vom Patient abweichend):

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Sie sind

gesetzlich versichert

privat versichert

beihilfeberechtigt

Versicherung/Krankenkasse:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Falls über Empfehlung, bitte durch wen?

Was ist Ihr Hauptanliegen?

Routineuntersuchung

Beschwerden / Zahnschmerzen

Beratung

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung?

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

	ja	nein
Bemerken Sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal einen schlechten Geschmack im Mund oder Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Parodontosebehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knackt Ihr Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie häufig an Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertragen Sie zahnärztliche Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

	ja	nein
Haben Sie Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Besitzen Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie hohen / niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen (z.B. Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen (Hepatitis/Aids/TBC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie z. Z. regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviele?		
Trinken Sie Alkohol? (auch gelegentlichen Konsum angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Farbe und Stellung Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befinden sie sich in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Name und Anschrift des Hausarztes:

Wünschen Sie, in regelmäßigen Abständen an eine Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden?

halbjährlich jährlich nein

Im Folgenden haben wir einige wichtige Hinweise zu Ihrer Information aufgelistet. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie die Kenntnisnahme dieser Hinweise und Ihr Einverständnis.

Bitte beachten Sie, dass nach einer Lokalanästhesie Ihre Reaktion im Straßenverkehr eingeschränkt sein kann.

Um meine Zähne langfristig gesund zu erhalten, möchte ich - nach Absprache mit den Prophylaxe-Fachmitarbeiterinnen der Praxis - regelmäßig an die notwendigen Vorsorgetermine erinnert werden.

Wir sind eine reine Bestellpraxis und garantieren Ihnen kurze Wartezeiten. Für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor eine Ausfallgebühr von € 77,- je angefallene Stunde zu berechnen.

Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werden von mir an die Praxis weitergegeben.

Zur Entlastung unserer Verwaltung wird ein Teil der Abrechnung von einer externen Verrechnungsstelle (BFS finance in Hagen) erstellt. Mit der Weitergabe der hierzu erforderlichen Daten bin ich einverstanden.

Endlich haben Sie es geschafft!

Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Je genauer wir informiert sind, umso besser können wir Sie behandeln.

Ort/Datum Unterschrift des Patienten / bei minderjährigen gesetzl. Vertreter
