

Anamnesebogen

Patientendaten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Mobil	Telefon geschäftlich
E-Mail		

Krankenversicherung

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> privatversichert | <input type="radio"/> gesetzlich versichert | <input type="radio"/> freiwillig gesetzlich versichert |
| Sind sie beihilfeberechtigt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie eine Zusatzversicherung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Name des Versicherten falls nicht Patient

Straße	PLZ	Wohnort
--------	-----	---------

Fragen zu Ihrer Gesundheit

	ja	nein		ja	nein
Allergien /Unverträglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?: _____			Nehmen Sie weitere Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Atemwegserkrankungen (Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes mellitus, welcher Typ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen/Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Nehmen Sie Mittel zur Blutverdünnung,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Glaucom (erhöhter Augendruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
und eines der folgenden Medikamente ein?			Herz-Kreislauf Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Marcumar, Falithrom			<input type="radio"/> Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ASS 100			<input type="radio"/> Herzklappenfehler/-ersatz		
<input type="radio"/> Iscover, Plavix			<input type="radio"/> Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Brilique			<input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen		
<input type="radio"/> Andere _____			<input type="radio"/> Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/> Blutdruck <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/> niedrig		
			Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein		ja	nein
Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis A, B, C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	künstlichen Gelenkersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bestehen weitere Erkrankungen, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bisherige Operationen (Mund / Gesicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Name und Anschrift des Arztes

Fragen zu Ihrer Zahngesundheit

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten / -entzündungen / Zahnlockerung? ja nein

Knackt oder schmerzt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Öffnen des Mundes? ja nein

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? ja nein

Haben Sie Schmerzen / Verspannungen im Kiefer- und Gesichtsbereich? ja nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein

Wünschen Sie die Aufnahme in unser Recallsystem? ja nein
(Sie werden dann automatisch an Ihren nächsten Termin erinnert!)

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von _____

Internet Praxisschild Sonstiges _____

Fragen zu Ihrem Praxisbesuch

Was ist der Grund Ihres Besuchs? _____

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne? _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? _____

Wünschen Sie eine Beratung zu den nachfolgenden Themen?

- Amalgamentfernung
- Zahnfarbene Restauration
- Implantate
- Kiefergelenksbehandlung/Funktionsdiagnostik
- Schienentherapie
- Verbesserung der Zahnästhetik
- Keramische Verblendschalen (Veneers)
- Schonende Zahnaufhellung (Bleaching)
- Professionelle Zahnreinigung / Prophylaxe
- Prophylaxe bei Kindern und Schwangeren
- Karies- und Parodontitisvermeidung
(Putztechnik, Speicheltest, Ernährungsberatung)
- Zahnfleischbehandlung
- Hochwertiger Zahnersatz
- Erneuerung Zahnersatz
- _____

Falls Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie, diese spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir uns vorbehalten versäumte Termine zu berechnen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und teile mögliche Änderungen umgehend mit.

Ort, Datum

Unterschrift