

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patient*innen!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie der ärztlichen Schweigepflicht). Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in unserem Wartebereich.

Ihr Empfangsteam

PERSÖNLICHES

Geschlecht m w d

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Selbstzahler

Sind Patient*in und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Google

Jameda

Sonstiges Internet: _____

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Werbung: _____

Sonstiges: _____

Überweisender Arzt: _____

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

	ja	nein
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige:

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

wenn ja, welche:

Herzmedikamente: _____

Cortison: _____

Schmerzmittel: _____

Antidepressiva: _____

blutverdünnende Medikamente:

(z.B. ASS, Marcumar, Heparin): _____

Sonstige: _____

Rauchen Sie? ja nein

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja nein

wenn ja, welche Woche: _____

MUNDGESUNDHEITSSITUATION

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

Vorsorgeuntersuchung

Beratung

Schmerzbehandlung

Neuer Zahnersatz

Überweisung Zahnarzt

Zweite Meinung

Sonstige: _____

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

ja nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich / jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

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 rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine neu zu vergeben. Für nicht eingehaltene Termine, ohne Absage, können die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden (Ausfallgebühr). Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Gerne erinnern wir Sie per SMS an Ihren nächsten Termin.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift