



ANAMNESEBOGEN

Patient Frau/Herr

NAME	VORNAME	GEB.
------	---------	------

Mitglied/Versicherter

NAME	VORNAME	GEB.
------	---------	------

Anschrift

POSTLEITZAHL	ORT
--------------	-----

STRASSE/NR.	TELEFON
-------------	---------

E-MAIL	MOBIL
--------	-------

BERUF	ARBEITGEBER
-------	-------------

Krankenkasse/
Privatkrankenkasse

--

BEIHILFEBERECHTIGT

ZUSÄTZLICH

FREIWILLIG VERSICHERT

ALLGEMEINE SITUATION

	JA	NEIN
Medikamentenallergie (z. B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konservierungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrusenuberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrusenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstorung (z. B. verlangerte Blutung bei Schnittwunden oder nach OP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheit: Hepatitis/TBC/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (z. B. Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viel? _____		
Sind/waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZAHN-/MUND-SITUATION

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

	JA	NEIN
Zahnfleischbluten/Zahnfleischruckgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche im Kiefergelenk (z. B. beim Gähnen, Kauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen am Kopf/Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann? Seit _____ Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne, Farbe, Form – kurz: mit Ihrem „Lächeln“ – zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einer beson- ders intensiven Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischruckgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie gegenwärtig in artzlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? Vor _____ Monaten.

BEI ZAHNARZT _____

STRASSE _____

PLZ/ORT _____

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? JA, ICH BIN IN DER _____ WOCHE

NEIN

UNGEWISS

Für Rückfragen können Sie uns Ihren Hausarzt nennen.

ARZT _____

STRASSE _____

PLZ/ORT _____

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

.....

Wünschen Sie einen Recall (schriftlicher Erinnerungsservice)? JA NEIN

.....

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (dass heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen, und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum/Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)