

# ANAMNESEBOGEN



Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Eventuelle Änderungen, insbesondere Ihren Gesundheitszustand betreffend, bitten wir Sie, uns mitzuteilen.

## Allgemeine Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger/ Hauptversicherter (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse; falls abweichend):  
\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon beruflich: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigt  Pflichtversichert  freiwillig versichert

## Medizinische Befunderhebung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Herzerkrankung / Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung / Marcumar	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche / AIDS / HIV+ D	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft (Monat)	<input type="checkbox"/>

Allergien (wenn ja, welche?)  \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente (wenn ja welche?)  \_\_\_\_\_

Vertragen Sie zahnärztliche Spritzen? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung / wurden Röntgenbilder angefertigt? \_\_\_\_\_

Behandelnder Hausarzt: \_\_\_\_\_

## Für neue Patienten

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? \_\_\_\_\_

Ihr Hauptanliegen:

Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Kopf-/ Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	Ästhetik Ihrer Zähne	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____			

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Kariesvermeidung	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbehandlung	<input type="checkbox"/>
Amalgam-Sanierung	<input type="checkbox"/>	Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____			

Um die Praxiszeiten effektiv nutzen zu können, bitten wir Sie, falls erforderlich, Termine rechtzeitig (mind. 24h vorher) abzusagen. Bei nicht eingehaltenen bzw. kurzfristig abgesagten Terminen, die nicht mehr anderweitig vergeben werden können, erlauben wir uns, Ihnen diese mit € 40.- je angefangene 15 min in Rechnung zu stellen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der gemachten Angaben und erklären sich mit dieser Regelung einverstanden. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis!

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_