

Anamnesebogen

Patient _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherter _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift _____
Straße _____ Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Stadt _____

Telefonnummer _____ Krankenkasse _____

Beruf _____ Sind Sie Beihilfeberechtigt? ja nein
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten: Allgemeine Situation

	Ja	Nein
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Blutungen bei Schnittwunden oder nach Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen:		
TBC/ AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akute Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankung (z.B. Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig ein?		

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? Vor _____ Monaten
Bei Zahnarzt _____
Adresse _____

Zahn-Mund-Situation

	Ja	Nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen oder Gähnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen am Kopf/Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam grundsätzlich ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an unserem individuellen Prophylaxe-Programm interessiert (keine Kassenleistung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? (keine Kassenleistung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Möchten Sie regelmäßig an die nächste Kontrolluntersuchen erinnert werden? ja nein
Wenn ja, wie?
 schriftlich per E-Mail
E-Mail-Adresse: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
 Internet Gelbe Seiten Zeitung Empfehlung Frauen:
Besteht eine Schwangerschaft?
 ja _____ Woche nein ungewiss
Auf Grund des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung vor der Behandlung sobald eine Schwangerschaft bekannt ist.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Sollten Sie nach einer Behandlung Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir um unverzügliche Mitteilung. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)