ANAMNESEBOGEN

Patient _____
Name Vorname geb.Datum

Versicherter _____
Name Vorname geb.Datum

Anschrift _____ _____
Straße Hausnummer PLZ Stadt

Telefonnummer _____ Krankenkasse _____

Beruf _____

Sind sie Beihilfeberechtigt? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Pflegegrad/stufe? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

Allgemeine Situation

Allergien	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche? _____		
Asthma	☐ Ja	☐ Nein
Herzerkrankung	☐ Ja	☐ Nein
Hoher/niedriger Blutdruck	☐ Ja	☐ Nein
Nierenerkrankung	☐ Ja	☐ Nein
Blutgerinnungsstörung	☐ Ja	☐ Nein
Lange Blutungen bei Schnittwunden oder nach Operationen	☐ Ja	☐ Nein
Nervenerkrankung	☐ Ja	☐ Nein
Anfalls leiden (Epilepsie)	☐ Ja	☐ Nein
Lebererkrankung	☐ Ja	☐ Nein
Infektionen:	☐ Ja	☐ Nein
TBC/AIDS	☐ Ja	☐ Nein
Akute Hepatitis	☐ Ja	☐ Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐ Ja	☐ Nein
Augenerkrankung (z.B. Star)	☐ Ja	☐ Nein
Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?	☐ Ja	☐ Nein

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

Zahnfleisch bluten	☐ Ja	☐ Nein
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen oder Gähnen)	☐ Ja	☐ Nein
Schmerzen am Kopf/Nacken	☐ Ja	☐ Nein
Tragen Sie Zahnersatz	☐ Ja	☐ Nein
Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam grundsätzlich ab?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? (keine Kassenleistung)	☐ Ja	☐ Nein

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Möchten Sie regelmäßig an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

☐ schriftlich ☐ per E-Mail ☐ Keine Erinnerung

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 unverzüglich um Mitteilung.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxiswohlfühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. **Ihr Praxisteam**

Zahnarztpraxis Paßlack

Rathausallee 12-14, 47239 Duisburg

Email: praxis-passlack@t-online.de Tele: 02151 / 400 113

Web: www.zahnarztpraxis-passlack.de Fax: 02151 / 400 411

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Drucken E-Mail senden