



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis.

Zur Anlage Ihrer persönlicher Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben.

Patientendaten

Titel,Name,Vorname

Geburtsdatum und Geburtsort

Straße,Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Beruf

Hausarzt,Ort

Gesetzlich versichert

Zahnzusatzversicherung

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Basistarif

Hauptversicherte Person/Zahlungspflichtige/r/Rechnungsadresse

identisch

Titel,Name,Vorname

Geburtsdatum

Straße,Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Beruf

Erziehungsberechtigte/r (falls abweichend von hauptvers. Person/Zahlungspflichtige/r)

Name,Vorname

Telefon

Persönliche Gesundheitsangaben

Haben Sie Allergien? Nein Ja, Welche?

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein ?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein?(z.B.Marcumar,ASS,Xarelto) Nein Ja

Haben Sie eine Augenerkrankung? Nein Ja

Wurde jemals eine Herz-Kreislauf-Erkrankung festgestellt? Nein Ja

Hatten Sie jemals eine Nieren-oder Lebererkrankung? Nein Ja

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Herzklappenersatz? Nein Ja

Liegt eine schwere Infektion vor(HIV,TBC,Hepatitis)? Nein Ja

Leiden Sie unter hohem oder niedrigem Blutdruck? Nein Ja

Wurden oder werden Sie wegen Osteoporose behandelt? Nein Ja

Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall (Krampfanfall)? Nein Ja

Wurden Sie jemals wegen einer Tumorerkrankung behandelt? Nein Ja

Leiden Sie an Asthma? Nein Ja

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja

Haben Sie Diabetes (Typ 1 oder Typ 2)? Nein Ja

Rauchen Sie ? Nein Ja

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Nein Ja

Nehmen Sie homöopathische/pflanzliche oder nahrungsergänzende Mittel regelmäßig ein? Nein Ja

Sonstige Erkrankungen?

Zu Ihrer Zahngesundheit

Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Nein Ja

Schnarchen Sie? Nein Ja

Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert? Nein Ja

Pressen oder Knirschen Sie mit den Zähnen? Nein Ja

Haben Sie Erkrankungen/Verletzungen/Operationen im Mund-,Kiefer-oder Gesichtsbereich? Nein Ja

Unser Service für Sie

Wie können wir Sie am besten an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? (Recall)
 per E-Mail per SMS telefonisch keine Erinnerung

Ort, Datum

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer obigen Angaben und stimmen einer Speicherung ausdrücklich zu.