



ANAMNESEBOGEN

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Anschrift Postleitzahl _____ Ort _____
 Straße/Nr. _____ Telefon _____
 E-Mail-Adresse _____ Handy _____
 Beruf _____ Arbeitgeber _____
 Name der Krankenkasse _____
 Privat versichert freiwillig gesetzlich versichert beihilfeberechtigt ZE-Zusatzversicherung vorhanden?

ALLGEMEINE SITUATION

ja nein

ZAHNÄRZTLICHE SITUATION

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?		
Herzerkrankungen (Herzinfarkt?/OP?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ja	nein
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis / HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenksgeräusche (Knacken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen am Kopf / Nacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____					
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten zahnärztlich		
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(am Kopf) geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung		
Lungenerkrankungen / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recall: Möchten Sie regelmäßig wegen einer Vorsorge		
Wenn ja, welche? _____			oder Prophylaxe informiert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nehmen Sie ein?: _____					

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Erklärung (Bitte durchlesen !!!)

Ihre Zeit und Ihre Gesundheit sind uns wichtig! Deshalb wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlung Ihrer Zähne erfolgt nach einem genau festgelegten Zeitplan. Ihre Behandlungszeit ist nur für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie spätestens 24 Stunden vorher um Nachricht. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir reservierte aber nicht in Anspruch genommene Behandlungszeit mit EUR 30,- pro Viertelstunde in Rechnung stellen müssen. Kassenpatienten: Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, müssen wir die Behandlungskosten privat in Rechnung stellen. Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet. Wir versichern Ihnen den vertraulichen Umgang mit Ihren Daten. Desweiteren bitten wir Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen. Wegen des Mutterschutzes bitten wir auch unsere weiblichen Patientinnen um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungs-Zeitraums eine Schwangerschaft eintritt! Ebenso möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann.

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

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)