

ANAMNESEBOGEN

Anamnese ist die Erfragung früherer Beschwerden und der Vorgeschichte des Patienten, als Grundlage einer guten Diagnose und erfolgreichen Therapie.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden im Sinne des Datenschutzes streng vertraulich behandelt. Bei Verständnisfragen sprechen Sie uns bitte einfach an. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Vorname/Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

ANGABEN ZU IHRER VERSICHERUNG:

Sind Sie gesetzlich oder privat versichert?

privat gesetzlich

Besitzen sie ein Bonusheft? Ja Nein

Name Ihrer Krankenversicherung: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Sind Sie freiwillig versichert? ja nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Wichtig für Ihre Erstattungsansprüche

Haben Sie Spezialtarife oder Zusatzabkommen? ja nein

Falls ja, sprechen Sie uns bitte bezüglich der Modalitäten an.

Mitversichert bei:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Falls Sie mitversichert sind: **Hat der Hauptversicherte die gleiche Adresse?** ja nein

Falls nein:

Anschrift: _____

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE:

Haben Sie...	Wenn ja, welche?	Haben Sie...
Herzerkrankungen/Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	Bluthochdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	Niedrigen Blutdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	Ohnmachtsneigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	Epilepsie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankungen? (z. B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	Diabetes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Magen-/Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	Rheuma? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	HIV/Aids? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankungen/Asthma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	Neurodermitis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unverträglichkeitsreaktionen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	Nasennebenhöhlen-erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welcher Woche? _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche? _____
Haben Sie bekannte Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche? _____
Haben Sie andere Einschränkungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche? _____
Existieren aktuelle Röntgenbilder vom Kopf-/Halsbereich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, von wann? _____

Name Ihres Hausarztes/Anschrift: _____

Sollten während der gesamten Behandlungszeit Änderungen des Gesundheitszustands auftreten, teile ich diese unverzüglich dem behandelnden Arzt mit.

Datum: _____ Unterschrift: _____

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE:

Waren Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig beim Zahnarzt?

ja nein weiß ich nicht

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wer war Ihr letzter Zahnarzt: _____

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

- Kontrolluntersuchung
- Beratung zum Thema Zahnersatz
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Mundgeruch
- Kiefergelenkbeschwerden
- Migräne bzw. Kopf-/Nackenbeschwerden
- Wangen-/Mund-/Zungenbrennen
- Untersuchung wegen des Verdachts einer Materialunverträglichkeit
- Sonstiges: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet / Social Media: _____
- Bekannte / Familie / Freunde: _____
- Sonstige Wege: _____

Welche Besonderheiten gibt es bei Ihnen zu beachten?

- Ich habe etwas Angst vor der Behandlung
- Ich habe einen sensiblen Würgereiz
- Ich bin sehr schmerzempfindlich
- Sonstiges: _____

Zu welchem Thema möchten Sie bei uns beraten werden?

- Zahnpflege / professionelle Zahnreinigung
- Medizinische Zahnaufhellung für „weißere Zähne“ (Bleaching)
- Zahnästhetik
- Zahnfarbene Keramikfüllungen
- Kieferorthopädische Behandlung (Invisalign o.ä.)
- Ernährungsberatung
- Amalgamsanierung
- (Verträglicher) Zahnersatz
- Implantate Veneers Kiefergelenkdiagnostik (CMD-Beh.)
- Sonstiges: _____

Möchten Sie Informationen unserer Praxis per E-Mail erhalten (z. B. Aktuelles, Benachrichtigungen, etc.)? ja nein

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja, wie? per Mail via SMS per Postbrief

Datenschutz: Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten sehr ernst und verwenden zur Übermittlung Ihrer Daten ausschließlich verschlüsselte Verbindungen. Weitere Informationen finden Sie in der Patienteninformation zum Datenschutz (Beiblatt). Wenn Sie Fragen dazu haben, sprechen Sie uns bitte direkt an.

Wichtig:

Um lange Wartezeiten für Sie zu vermeiden, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Wir behalten uns vor, reservierte Termine, die nicht fristgerecht 24 Stunden zuvor abgesagt werden, laut § 304,615 BGB mit den entstandenden Kosten zu berechnen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Seite 2 von 2