

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen! Wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis für vorbeugende, innovative, rekonstruierende und ästhetische Zahnheilkunde gekommen sind! Sprechen Sie mit uns über Ihre individuellen Wünsche und Vorstellungen. Wir beraten Sie gern über die Möglichkeiten und Alternativen!

Bevor wir uns in Ruhe darüber unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus! Sie helfen uns dadurch, eine optimal abgestimmte und risikofreie Behandlungsgrundlage zu schaffen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Persönliche Angaben

HERR FRAU KIND

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE, HAUSNUMMER

POSTLEITZAHL, ORT

TELEFON

TELEFON MOBIL

TELEFON ARBEIT

E-MAIL

BERUF

ARBEITGEBER

Krankenversicherung

GESETZLICH PRIVAT ZUSATZVERSICHERT
 FREIWILLIG BEIHILFE _____

KRANKENKASSE

Falls Sie nicht selbst versichert sind, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE, HAUSNUMMER

POSTLEITZAHL, ORT

Hausarzt

Bonusheft

NAME, ORT, TELEFON

JA
 NEIN

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

EMPFEHLUNG ANZEIGE INTERNET _____
 ÜBERWEISUNG VON _____ SONSTIGES _____

Sie kommen in unsere Praxis

- ZUR KONTROLLE
- ZUR SCHMERZBEHANDLUNG
- ZUR BERATUNG
- WEGEN ZAHNFLEISCHBLUTEN
- DURCH ÜBERWEISUNG _____

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? _____

Wie häufig gehen Sie üblicherweise zum Zahnarzt? _____

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____

Sie haben Interesse an

- Maßnahmen zur Zahnerhaltung
- Professionelle Zahnreinigung
- Beratung über ästhetische, innovative Zahnversorgung
- Recall – regelmäßige Erinnerung an ihren nächsten Kontrolltermin
- Beratung über Knochenerhaltung und Zahnimplantate
- Stressfreie Behandlungen im Dämmer Schlaf
- Ratenzahlung

Gesundheitliche Angaben

WENN JA WELCHE

ERGÄNZUNGEN DURCH DEN ARZT

- ALLERGIEN (Allergiepass vorhanden?) _____
- ANFALLSLEIDEN (Epilepsie, ...) _____
- AUGENINNENDRUCK ERHÖHT (Glaukom) _____
- BLUTERKRANKUNGEN _____
- HERZERKRANKUNGEN (Infarkt, Schrittmacher) _____
- INFEKTIONSKRANKHEITEN (Hepatitis, HIV, ...) _____
- KREISLAUFERKRANKUNGEN (Blutdruck, ...) _____
- LEBERERKRANKUNG (Hepatitis A/B, ...) _____
- LUNGENERKRANKUNG (Asthma, ...) _____
- MAGEN-DARM-ERKRANKUNG _____
- NERVENERKRANKUNG _____
- NIERENERKRANKUNG _____
- RHEUMA /OSTEOPOROSE _____
- SCHILDDRÜSENERKRANKUNG _____
- TUMORERKRANKUNG _____
- ZUCKERKRANKHEIT (Diabetes) _____
- WEITERE ERKRANKUNGEN _____
- FRÜHERE OPERATIONEN _____
- NEIGEN SIE ZU NACHBLUTUNGEN? _____
- NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN? _____
- BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT? WELCHE WOCHE _____
- RAUCHEN SIE? WIE OFT _____

Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe! Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner auf beiden Seiten gemachten Angaben. **Bitte teilen Sie es uns mit, wenn sich Änderungen an Ihren Angaben ergeben haben.**

