

Anamnesebogen

Wichtig: Bitte PDF auf dem Computer speichern, bevor Sie es ausfüllen!

Liebe Patienten und Patientinnen, für die Behandlung von zahnärztlichen und chirurgischen Eingriffen können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen.

<hr/>		<hr/>	
Vorname		Nachname	
<hr/>		<hr/>	
Geboren am		Krankenkasse/Versicherung	
<hr/>		<hr/>	
Straße		PLZ / Ort	
<hr/>		<hr/>	
Telefon Privat	Beruflich	Mobil	

Falls ein Hauptversicherter vorhanden ist, bitte hier folgende Daten eintragen:

<hr/>		<hr/>		<hr/>	
Vorname		Nachname		Geboren am	

Wurden Sie von Ihrem Hauszahnarzt überwiesen? Ja Nein

Name des Hausarztes

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Blutdruck	<input type="radio"/> niedrig	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> hoch	ggf Wert: _____
Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
Allergien	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche: _____	
Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
Herz- und Kreislaufstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
Herzfehler	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
Schlaganfall, Herzinfarkt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	ggf. wann: _____	



- Rheuma Ja Nein ggf. wann: _____
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS etc.) Ja Nein welche: _____
- Nehmen Sie Bisphosphonate / Alendronsäure ein? Ja Nein
- Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein (Marcumar, ASS, Plavix)? Ja Nein welche: _____
- Nehmen Sie laufend Medikamente ein? Ja Nein welche: _____
- Hatten Sie im letzten halben Jahr einen Krankenhausaufenthalt? Ja Nein weshalb: _____
- Leiden Sie an Osteoporose? Ja Nein evtl. Medikamente: _____
- Tumorerkrankungen, bekommen Sie Chemotherapie/Bestrahlung? Ja Nein welche: _____
- Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist? Ja Nein welche: _____
- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja, welche Woche: _____ Nein
- Rauchen Sie? ja, weniger als 10 Zigaretten am Tag ja, mehr als 10 Zigaretten am Tag Nein
- Sind Sie an hochwertiger, innovativer Zahnheilkunde interessiert? (z.B. Implantate, Keramikversorgung usw.) Ja Nein
- Sind Sie an professioneller Zahnreinigung und Aufklärung über Zahnpflege Interessiert? (Entfernen von Zahnverfärbungen, Bleichen, ...) Ja Nein

Grund Ihres Besuches? Besondere Wünsche und Erwartungen?

Für einen reibungslosen Praxisablauf - ohne längere Wartezeit* ist es wichtig, dass Sie Ihre Termine genau einhalten. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, geben Sie uns bitte drei Tage vorher Bescheid. Bei versäumten Terminen, die wir nicht neu besetzen können, müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr von 100,- Euro in Rechnung stellen. Bei einer unvorhergesehenen, attestierten Erkrankung nehmen wir hiervon Abstand.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift