

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte. Vielen Dank!

Ihr Name Vorname geb. am

Name, Vorname der/des Versicherten, falls abweichend geb. am

PLZ/Wohnort Straße, Hausnummer Telefon

Email Beruf Arbeitgeber

Name und Anschrift Ihres Hausarztes _____

Name der Krankenkasse _____

pflichtversichert freiwillig versichert
 privatversichert Zusatzversichert

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Bei welchem Arzt, ggf. wegen welcher Krankheit?

ALLGEMEIN

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?

Existieren Allergien gegen Medikamente/andere Stoffe?

Sind Sie Schwanger? Nein Ja, welcher Monat? _____

Rauchen Sie? Nein Ja

Trinken Sie Alkohol? Nein selten regelmäßig

Nehmen Sie Drogen? Nein selten regelmäßig



ERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Lungenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Rheuma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hepatitis A, B oder C	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
HIV	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
andere Infektionskrankheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Epilepsie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

ZAHN-MUND-SITUATION

Haben Sie Beschwerden wie...

Zahnschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Geräusche im Kiefergelenk	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kopf- oder Nackenschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Mundgeruch	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

sonstige Beschwerden _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Wünschen Sie eine Behandlung unter Lachgassedierung? Ja Nein



RECALLSERVICE

Wünschen Sie, an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert zu werden?

Ja

Nein

EINE LETZTE FRAGE...

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

WICHTIGER HINWEIS

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen sehr gerne zur Verfügung.
Ihre Zahnarztpraxis Dr. Hartmann

Datum und Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters