

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

_____ pflichtversichert freiwillig versichert
Name der Krankenkasse 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? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wünschen Sie eine Behandlung unter Lachgassedierung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> 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