

ANAMNESEBOGEN

HERZLICH WILLKOMMEN!

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie Vorder- und Rückseite dieses Bogens 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 Festnetz/ Mobil

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

Wünschen Sie eine Behandlung unter Lachgassedierung? Ja Nein

RECALLSERVICE

Wünschen Sie, an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert zu werden? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

WICHTIGER HINWEIS

Ich bin hiermit darüber informiert und erkläre mich einverstanden dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24h vorher) in Rechnung gestellt werden können.

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

Ich erkläre mich hiermit einverstanden an meine Termine per SMS oder E-Mail erinnert zu werden. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen.

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

Ihre Zahnarztpraxis Dr. Hartmann

Datum, Ort und Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters:
