

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam Dr. Klatt & Dr. Fackler

Persönliches

.....		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
.....		
Straße	PLZ, Ort	
.....		
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
.....		
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Versicherung

.....

Krankenkasse

Gesetzlich versichert
 Privat versichert
 Zusatzversicherung

Wenn Sie oder Ihr(e) Kind(er) mitversichert sind, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

.....	
Name, Vorname	Geburtsdatum
.....	
Straße	PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung
 im Vorbeigehen
 Internet:

Sonstiges:

BITTE WENDEN

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:		

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien / Überempfindlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche (z.B. Penicillin, Jod):		

Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

.....

Infektionskrankheiten:	ja	nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:		
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiresistente Keime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:.....

Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, <u>bitte namentlich nennen:</u>		
Herzmedikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortison:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiepileptika:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonate:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Medikamente:

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche Woche:

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

<input type="checkbox"/> Vorsorge / Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung
<input type="checkbox"/> Implantate / Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

	ja	nein
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oder Ihr Partner bemerkt, dass Sie nachts schnarchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich / jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? Wann wurden die Zähne das letzte Mal geröntgt?

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen!** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift