

Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

Zusatzversicherung ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Praxisschild Internet

Überweisung von _____

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Anamnesebogen



Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Herz-Kreislaufs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber- und Nieren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grünen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Infektionskrankheiten: Hepatitis/TBC/HIV | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sonstige Erkrankungen: | _____ | |

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Medikamente: Nehmen Sie ...

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente | <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel | <input type="radio"/> Antidepressiva |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? | |
| <input type="radio"/> andere Medikamente: | |

Fragen / Anmerkungen:

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mind. 24 Stunden vorher ab und beachten Sie, dass ausgefallene Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt wurden, in Rechnung gestellt werden müssen.

_____ Datum

_____ Unterschrift