



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Um Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten und Ihre Vorstellungen und Wünsche zu berücksichtigen, bitten wir Sie um Ihre Mitarbeit und um die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

ANGABEN ZU IHRER PERSON

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____ Straße/Hausnummer: _____

Tel. Mobil: _____ Tel. Festnetz: _____ Tel. Arbeit: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten/Zahlungspflichtigen:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____ Straße/Hausnummer: _____

Tel. Mobil: _____ Tel. Festnetz: _____ Tel. Arbeit: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherung(en) bitte hier ankreuzen:

Gesetzlich versichert

Zahnzusatzversicherung

Freiwillig versichert

Privat versichert

PKV-Standardtarif

Beihilfe

Hausarzt Name: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Bei Empfehlung: Wem dürfen wir für die Empfehlung unserer Praxis danken? _____

Weshalb begeben Sie sich zu uns in Behandlung/Hauptanliegen? _____

ALLGEMEINMEDIZINISCHE FRAGEN Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen:

Herz-/Kreislaufkrankungen

Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe

Diabetes

Tumorerkrankungen

Asthma

Anfallsleiden (Epilepsie)

Migräne/Kopfschmerz

Tinnitus

Magen- und Darmerkrankungen

Nierenerkrankungen

Rheuma

Schilddrüsenüber- o. unterfunktion

Raucher/in? Wie viele pro Tag: _____

Schwangerschaft? In welchem Monat: _____

Infektionskrankheiten? Welche: _____

Allergien? Welche: _____

Blutgerinnungsstörungen? INR-Wert (ehemals Quickwert): _____

Sie sind in orthopädischer Behandlung wegen: _____

Sie sind in homöopathischer Behandlung wegen: _____

Sie nehmen regelmäßig Medikamente ein (z.B. Herzmedikamente, Cortison, Antidepressiva, Schmerzmittel, blutverdünnende Medikamente)? Welche: _____

ZAHNMEDIZINISCHE FRAGEN Zutreffendes bitte ankreuzen:

Sie haben Zahnschmerzen.

Ihr Zahnfleisch blutet.

Ihre Zähne sind gelockert.

Sie haben Zahnersatz.

Sie haben wurzelkanalbehandelte Zähne.

Sie hatten eine Parodontitis-Behandlung.

Sie knirschen mit den Zähnen.

Sie haben Kiefergelenksbeschwerden.

Sie haben oder hatten eine Knirscherschiene.

Sie sind mit Ihrer Zahnfarbe unzufrieden.

In letzter Zeit sind Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen erstellt worden.

Sie sind ängstlich, was zahnmedizinische Behandlungen betrifft.

Sie wünschen sich über außervertragliche Leistungen informiert zu werden.

Sie haben Interesse an einem Prophylaxeprogramm teilzunehmen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich Änderungen mitzuteilen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Einwilligung weitergegeben.

Unser Praxiskonzept beinhaltet, dass wir an dem von Ihnen vereinbarten Termin ausschließlich für Sie da sind. Daher bitten wir Sie, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nur so haben wir die Möglichkeit, frei gewordene Termine neu zu vergeben. Vielen Dank.

Ort, Datum

Unterschrift, evtl. Erziehungsberechtigter