

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gern

Anamnesebogen 12/11/15

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Patient (Name, Vorname) | _____ | Geburtsdatum:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Versicherter (Name, Vorname) | _____ | Geburtsdatum:

Meldeanschrift des Versicherten | _____

Telefon | _____ | E-Mail | _____

Krankenkasse | _____ | Pflichtversichert freiwillig privat

Beruf | _____ | Arbeitgeber | _____

Anschrift, Telefon des Arbeitgebers | _____

Ihr Hausarzt: Name, Adresse, Telefon | _____

Wie wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam? | _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen oder Unverträglichkeiten?

Allergien: Nickel Amalgam Quecksilber Penicillin Aspirin Nelkenöl Jod (Pflaster)

Latex (z.B. Handschuhe) sonstige | _____

Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen:

Spritzen Medikamente: | _____

Epilepsie Asthma Blutgerinnungsstörungen | _____

Diabetes Typ 1, Typ 2 Hämatologische Erkrankungen | _____

Infektionskrankheiten: Hepatitis sonstige | _____

Immunmangelsyndrome: AIDS sonstige | _____

Nierenerkrankungen | _____

Magen-Darm-Erkrankungen: Sodbrennen Refluxkrankheit

sonstige | _____

Herzschwäche Hypotonie (Niedriger Blutdruck) Hypertonie (Erhöhter Blutdruck)

Herzinfarkt Herz-Schrittmacher Rheumatoide Arthritis

Skelettsystem/Knochen: Beschwerden beim Zubeißen/Kauen Schmerzen beim Öffnen des Mundes

Kiefergelenkknacken, Gelenkgeräusche Osteoporose

sonstige |

Schilddrüsenerkrankungen |

Frühere Operationen |

Leiden sie unter folgenden Beschwerden? Schnarchen (Mundtrockenheit) Kopfschmerzen

Nackenverspannung Schmerzen in Schläfenregion Ohr- Bereich, Schwindel, Tinnitus

sonstige |

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja | | | Monat

Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein? nein ja: |

Rauchen Sie? nein ja ca. | | | Zigaretten am Tag

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt worden? nein ja

Sonstige Anmerkungen |

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? |

Haben sie Angst vor der Behandlung? nein ja

Wann haben Sie die letzte professionelle Zahnreinigung durchführen lassen? |

Wie Sie sicherlich wissen, wird zur Vermeidung von Zahn-Mund und Kiefererkrankungen empfohlen, viertel- oder halbjährliche Kontrolluntersuchungen durchführen zu lassen.

Um unsere Patienten gesund zu erhalten, bieten wir kostenlos ein automatisches Wiederbestellsystem (Recall) an. Sind sie daran interessiert? ja nein

Wenn ja bitte wir durch ihre Unterschrift um Ihr Einverständnis hierzu. Sie können jederzeit einfach mündlich mitteilen, wenn Sie am Recall nicht mehr teilnehmen möchten.

|
Datum, Unterschrift (gesetzlich erforderlich)

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Wir bitten Sie, mit Rücksicht auf die nachfolgenden Patienten, Ihre Termine pünktlich wahrzunehmen und uns im Falle einer Verhinderung, mindestens einen Tag vorher in Kenntnis zu setzen. Für nicht eingehaltene oder nicht abgesagte Termine müssen wir eine Gebühr berechnen.

|
Datum, Unterschrift (gesetzlich erforderlich)

» Drucken