

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Arztes und seines Teams.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefonnummern

Privat: _____

Mobil: _____

Geschäftlich: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Versicherung: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Arzt/Zahnarzt Internet

Bestehen gesundheitliche Risiken?

1. Haben Sie zu hohen Blutdruck? ja nein

2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? ja nein

3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? ja nein

Herzrhythmusstörung Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen Herzoperationen

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) Sonstiges: _____

Herzschrittmacher Herzpass - ausgestellt am: _____



11. Für **Patientinnen**: Sind Sie schwanger? ja nein

12. Rauchen Sie? Wie viel täglich? _____ ja nein

13. Hauszahnarzt: _____

14. Hausarzt: _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Überweisung vom Haus(zahn)arzt ja nein

Eine (zahn)ärztliche Kontrolluntersuchung ja nein

In welcher (Zahn)Arztpraxis waren Sie zuvor? _____

Sonstiger Grund _____

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Haben Sie Schmerzen/Geräusche im Kiefergelenk? ja nein

Privatleistungen:

Wünschen Sie eine Beratung über Implantate ? ja nein

Wünschen Sie eine Beratung über plastische/ästhetische Operationen ? ja nein

Wünschen Sie eine Beratung zu Bißanomalien ? ja nein

Ich möchte an regelmäßige Termine erinnert werden

Kontrolluntersuchungen ja nein

Professionelle Zahnreinigung ja nein

Die Erinnerung wünsche ich

per Brief

per E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift

