



Anamnesebogen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte ich Sie im Interesse einer adäquaten und risikofreien Behandlung um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ & Wohnort _____ Telefon (privat) _____

Beruf (freiwillige Angabe) _____ Arbeitgeber (freiwillige Angabe) _____ Telefon (beruflich)/Mobil-Nr. _____

Krankenkasse _____ Email Adresse _____

Nur bei Kassenpatienten: Freiwillig versichert? ja nein Zahnersatzzusatzversicherung? ja nein

Nur bei Privatpatienten: Beihilfeberechtigt? ja nein

Bei nicht selbst Versicherten (Familienangehörigen, Kindern):

Name des Mitgliedes _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mein Behandlungswunsch: _____

Ich wurde überwiesen / komme auf Empfehlung von: _____

Für gesetzlich versicherte Patienten:

Bitte bringen Sie ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in die Praxis mit. Wünschen Sie, von uns darüber informiert zu werden, welche Möglichkeiten es für eine optimale zahnmedizinische Versorgung gibt, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ja nein

Für alle Patienten:

Ich wünsche nähere Informationen über die folgenden Behandlungsmöglichkeiten:

Amalgam-Sanierung

Kosmetische Zahnheilkunde

Zahnfarbene Keramikfüllungen

Goldgußfüllungen

Prophylaxeprogramm

Möchten Sie über unseren kostenlosen und unverbindlichen Recall-Service alle 6 Monate an ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

ja

nein

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten. **Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Termine werden daher in Rechnung gestellt** (derzeit berechnen wir 90,- € pro angefangene halbe Stunde). Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden. Wir bitten Sie um ihr Verständnis, dass es in solchen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen kann.

Die Patienteninformation nach Art. 13 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen und willige hiermit ein.

Datum _____ Unterschrift _____

BITTE WENDEN !

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Behandelnder Arzt / Hausarzt: _____

Regelmäßige Medikamente? _____

Datum der letzten COVID-19 Impfung: _____

Leiden Sie zur Zeit oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Infektionskrankheiten Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C) ja nein

Tuberkulose ja nein

Chronische Atemwegserkrankungen ja nein

HIV / AIDS ja nein

Herzerkrankungen Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) ja nein

Herzinfarkt, Angina Pectoris ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ja nein

Kreislaufferkrankungen Zu hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein

Zu niedriger Blutdruck (Hypotonie) ja nein

Schwindel, Ohnmachtsanfälle ja nein

Gerinnungshemmende Medikamente? ja nein

Stoffwechselerkrankungen Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen ja nein

Erkrankungen der Schilddrüse ja nein

Erkrankungen des Nervensystems Epilepsie ja nein

Krämpfe ja nein

Bluterkrankungen Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein

Blutarmut (Anämie) ja nein

Allergien Ekzeme, Hautausschlag ja nein

Penicillin-Überempfindlichkeit ja nein

Asthma ja nein

Besitzen Sie einen Allergiepaß? ja nein

Künstliche Gelenke? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Hatten Sie bereits eine Parodontitisbehandlung? Wenn ja, wann? _____ ja nein

Sind oder waren Sie Raucher? Wenn ja, Zahl der Zigaretten pro Tag: _____ ja nein

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? ja nein

Sind Sie oder waren Sie jemals drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Befinden oder befanden Sie sich in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Sind Sie frisch operiert? ja nein

Wurden Sie im letzten Jahr im Mund-/Kieferbereich geröntgt? ja nein

Für Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat? _____ ja nein

Bitte teilen Sie uns im eigenen Interesse etwaige Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____