Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen für unsere Patientenkartei aus.
Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name des Patienten, Vorname

Geburtsdatum _____

_____

Telefon-Nr. (_____)_____

Straße, Nr. _____

Mobil-Nr. (_____)_____

PLZ, Ort _____

E-Mail-Adresse _____

Falls nicht selbstversichert, bitte hier angeben:

Name des Versicherten, Vorname

Geburtsdatum _____

_____

Arbeitgeber des Versicherten_____

Beruf des Versicherten

Name der Krankenversicherung

_____

_____

Warum kommen Sie zu uns in die Praxis?

Mein Behandlungswunsch:

_____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

_____

Uns interessiert Ihre Meinung!

Wie wichtig sind Ihnen gesunde und schöne Zähne?	❑ Sehr wichtig!	❑ Wichtig!	❑ Nicht so wichtig!
Achten Sie bei anderen Menschen auf die Zähne?	❑ Ja	❑ Nein	❑ Manchmal
Wie zufrieden sind Sie mit dem Zustand Ihrer Zähne?	❑ Sehr zufrieden!	❑ Zufrieden!	❑ Nicht zufrieden!

Ich möchte mehr wissen über...

❑ Behandlung mit dem Laser
❑ Amalgamfreie Versorgungen
❑ Ästhetische Zahnheilkunde
❑ Professionelle Zahnreinigung
❑ Schienentherapie bei Kiefergelenksproblemen und Kopfschmerzen
❑ Zahnaufhellung (Bleaching)
❑ Individualprophylaxe bei Kindern
❑ Implantate
❑ Speicheltest

Recall-Einverständnis

Mit einer Kontroll-Terminbenachrichtigung bin ich einverstanden

X _____

Unterschrift Patient/in

Bitte beachten Sie: Bei nicht Einhalten einer terminierten Behandlung, erlauben wir uns den Ausfall ggf. in Rechnung zu stellen.

Bitte wenden!

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____ Ja ❑ Nein ❑
Haben Sie einen Pflegegrad/Pflegestufe? _____ Ja ❑ Nein ❑

Ihr Hausarzt / Facharzt:

Name / Adresse / Telefon: _____
Betreut Sie ein Heilpraktiker? Ja ❑ Nein ❑
Falls ja, Name / Adresse / Telefon: _____

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ❑ Nein ❑
Wenn ja, welche? _____

Allergien:

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht
bei Ihnen der Verdacht auf Überempfindlichkeit? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja ❑ Nein ❑

Herzkrankheiten:

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja ❑ Nein ❑
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja ❑ Nein ❑
Herzasthma, Angina Pectoris? Ja ❑ Nein ❑
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Ja ❑ Nein ❑
Sonstiges? _____ Ja ❑ Nein ❑

Kreislauferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck? Ja ❑ Nein ❑
Zu niedriger Blutdruck? Ja ❑ Nein ❑
Zustand nach Herzinfarkt? Ja ❑ Nein ❑
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja ❑ Nein ❑
Sonstiges? _____ Ja ❑ Nein ❑

Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle? Ja ❑ Nein ❑
Nehmen Sie Aufputsch oder Beruhigungsmittel? Ja ❑ Nein ❑
Sonstiges? _____

Stoffwechselkrankheiten:

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja ❑ Nein ❑
Magen-Darm-Erkrankungen? Ja ❑ Nein ❑
Schilddrüsenerkrankungen? Ja ❑ Nein ❑

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle? Ja ❑ Nein ❑
Krämpfe? Ja ❑ Nein ❑
Häufige Kopfschmerzen? Ja ❑ Nein ❑

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja ❑ Nein ❑
Blutarmut (Anämie)? Ja ❑ Nein ❑
Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C...)? Ja ❑ Nein ❑
Tuberkulose? Ja ❑ Nein ❑
Chronische Erkrankungen der Atemwege? Ja ❑ Nein ❑
Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? Ja ❑ Nein ❑
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____ Ja ❑ Nein ❑
Sonstiges? _____

Röntgen:

Wurden bereits Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja ❑ Nein ❑
Wenn ja, wann und wo? _____

Unsere digitalen Röntgengeräte arbeiten mit der geringstmöglichen Strahlendosis!

Implantate: (Zahn, Brust, Knie, Hüfte, Sonstige) _____ Ja ❑ Nein ❑

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja ❑ Nein ❑

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____ Ja ❑ Nein ❑

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Beachten Sie bitte, dass ihre Fahrtüchtigkeit unter lokaler Anästhesie beeinträchtigt sein kann!