

ANAMNESEBOGEN

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen zu können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf	

Ihr Hausarzt (Name/Adresse/Telefon)

Recall Ja SMS E-Mail Telefon Nein
Terminreminderung: Ja SMS E-Mail Telefon Nein

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Beihilfeberechtigt Privat versichert Zusatzversicherung

Sind Patient & Mitglied der Versicherung nicht identisch, tragen Sie bitte den Versicherungsnehmer ein:

Name / Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ / Ort

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n

- Routinekontrolle
- neuen Zahnersatz
- "zweite Meinung"
- Schmerzbehandlung
- andere Gründe:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung:
- Überweisender Arzt:
- Internet Anzeige Sonstiges

ALLGEMEINE GESUNDHEIT

- Hoher Blutdruck
 niedriger Blutdruck
 Herzerkrankung

Wenn ja, welche:

- Herzinfarkt
 Herzschrittmacher
 Herklappenersatz
 Schlaganfall
 Blutgerinnungsstörung
 Schilddrüsenerkrankung
 Diabetes
 Lungenerkrankung

Wenn ja, welche:

- Infektionskrankheiten**

Wenn ja, welche:

- Osteoporose
 Nierenfunktionsstörung
 Epilepsie
 Tumorerkrankung
 Augenerkrankung
 Depressionen
 Allergien (Allergiepass)

Wenn ja, welche:

Medikamente – Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

Unverträglichkeit gegen Medikamente?

Frühere zahnärztliche Röntgenuntersuchungen

Wo und Datum!!

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Woche:

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Ich verpflichte mich, vereinbarte **Termine** einzuhalten oder mindestens **zwei Tage im Voraus abzusagen**, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO) und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift