

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis für Zahnheilkunde. Um Ihnen eine bestmögliche Beratung und Behandlung anbieten zu können, brauchen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen und Sie optimal medizinisch betreuen können.

Neben Ihren Personalien benötigen wir auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, was für eine individuell angepasste und risikoarme Behandlung sehr wichtig ist. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten zu einzelnen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Persönliches

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	Beruf

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung

Sind Patient und Versicherter nicht identisch, bitte ergänzen Sie die Daten des Versicherungsnehmers:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung Branchenbuch/Telefonbuch Im Vorbeigehen

Internetsuchmaschine Bewertungsportal Sonstiges:

Allgemeine Gesundheitssituation

	JA	NEIN		
Sind Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergiepass Vorhanden?	<input type="checkbox"/>
falls ja, welche?	<input type="text"/>			
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzpass vorhanden?	<input type="checkbox"/>
falls ja, welche?	<input type="text"/>			
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
In Vergangenheit Herzinfarkt oder Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	falls ja, wann?	<input type="text"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	falls ja, welche?	<input type="text"/>
Blutverdünnende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Marcumar, ASS, Xarelto	
falls ja, welche?	<input type="text"/>			
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asthma/ Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck			Hoch <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>
				Niedrig <input type="checkbox"/>
Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grüner Star/ Glaukom (Augenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Einnahme von Bisphosphonaten (auch in der Vergangenheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Zometa, Bondronat, Fosamax	
falls Ja, weshalb und wann	<input type="text"/>			
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	falls ja, welche?	<input type="text"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="text"/>			
Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
Ist eine Medikamenten-Liste vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="text"/>			
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Hausarzt: Name Ort Telefon

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor der Zahnbehandlung Erhöhte Schmerzempfindlichkeit Starker Würgereiz

Sonstiges

	JA	NEIN
Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung

Neuer Zahnersatz zweite Meinung Sonstiges

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Sind Röntgenbilder der Zähne vorhanden? (max. 2 Jahre alt) JA NEIN

Wurde in der Vergangenheit eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt?

falls ja, wann?

Falls Sie Zahnersatz tragen: sind Sie mit dem bestehenden Zahnersatz zufrieden?

Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?

Möchten Sie von uns an Ihren nächsten Vorsorgetermin per SMS erinnert werden?

Beratungswunsch

Möchten Sie zu einem bestimmten Thema von uns beraten werden?

Professionelle Zahnreinigung Zahnfleischbehandlung

Zahnersatz z.B. Kronen, Brücken, Prothesen Implantate

Ästhetische Behandlungen Zähneknirschen

Mundgeruch Schnarchschiene

Verspannungen/ Schmerzen im Kopf-und Nackenbereich, CMD

Haben wir etwas nicht aufgelistet, was Ihnen wichtig ist?

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, mindestens 48 Stunden vorher, abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Auch bei fest vereinbarten Terminen können leider durch Notfälle Verzögerungen eintreten oder Terminverschiebungen nötig werden. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr vergeben. Ausfallzeiten können zudem nach §615 BGB §287 ZPO berechnet werden.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Betreuer