

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Sorgen unterhalten können, benötigen wir einige persönliche Angaben, um Ihnen die Behandlung risikofrei und problemlos ermöglichen zu können. Daher bitten wir Sie, unseren Fragebogen in Ruhe und vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Anamnesebogen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Geburtsort: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Für Privat Versicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Sind Sie nach dem Basistarif versichert? ja nein

Hatten Sie oder haben Sie folgende Erkrankungen:

Herzerkrankung ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Asthma ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Tumorerkrankung ja nein

Bisphosphonateinnahme (Knochenmedikamente) ja nein

Blutverdünner ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Diabetes ja nein

Magen-/Darm-/Nierenerkrankung ja nein

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV) ja nein
Rheumatische Erkrankungen ja nein
Epilepsie/Anfallsleiden ja nein
Augenerkrankungen ja nein
Schwangerschaft, wenn ja in welcher Woche (____) ja nein

Haben Sie Allergien ja nein
Wenn ja, welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ja nein
Wenn ja, welche:

Bestehen andere Erkrankungen ja nein
Wenn ja, welche:

Möchten Sie an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein
Haben Sie ein Bonusheft? ja nein
Wünschen Sie ein Bonusheft (ab dem 12. Lebensjahr)? ja nein
Möchten Sie einen Röntgenpass führen? ja nein

Wünschen Sie zu folgenden Themen mehr Information:

Zahnfarbene Füllungen	<input type="radio"/>	Professionelle Zahnreinigung	<input type="radio"/>
Zahnersatz	<input type="radio"/>	Kiefergelenksbehandlung	<input type="radio"/>
Implantate	<input type="radio"/>	Bleaching	<input type="radio"/>

Bei nicht volljährigen/ nicht mündigen Personen:

Ist der Unterzeichner gesetzlicher Betreuer des Patienten? ja nein

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum, Name