

ANAMNESEBOGEN

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!



LIEBLINGS
ZAHNARZT

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. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Dr. Christin Mäueler

PERSÖNLICHES

Name / Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße/ Nr.

PLZ / Ort

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf

Ihr Hausarzt (Name / Adresse / Telefon)

Terminreminderung: SMS E-Mail Postkarte Telefon

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Beihilfeberechtigt Privat versichert Zusatzversicherung

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine / n ...

- Routinekontrolle
- neuen Zahnersatz
- Beratung
- „zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung
- andere Gründe:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung:

Überweisender Arzt:

- Internet
- Anzeige
- Jameda
- Homepage
- Sonstiges



ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Herzerkrankungen

Wenn ja, welche:

- Herzinfarkt
- Angina Pectoris
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz
- Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörung
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Typ I oder II)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
- Osteoporose
- Nierenfunktionsstörungen
- Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
- Epilepsie
- Tumorerkrankungen
- Augenerkrankung (Glaukom, grauer oder grüner Star)
- Magen-Darm-Erkrankung
- Depressionen
- Allergien

Wenn ja, welche:

- Besitzen Sie einen Allergiepass?

Medikamente – Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

- Unverträglichkeit gegen Medikamente
wenn ja, welche:

- Unverträglichkeit gegen Spritzen

- Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viel pro Tag:

Für unsere Patientinnen:

- Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Woche:

MUNDGESUNDHEIT

Wann wurden Sie das letzte Mal im Mund-, Zahn- oder Kieferbereich geröntgt?

- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen?
Zahnfleischrückgang?
- Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten
Geschmack im Mund?

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

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

Datum

Unterschrift