

Die Zahnpraxis

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.



**Anamnesebogen
Erwachsene**

Ihre Daten

Name: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben

pflichtversichert freiwillig versichert

Private Zusatzversicherung ja nein

Versichertendaten (sofern von den Patientendaten abweichend)

Rechnung an PatientIn oder Versicherte(n)?

PatientIn Versicherte(n)

Versicherte(r): _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Beruf: _____

ArbeitgeberIn: _____

Anschrift des/der Arbeitgebers/Arbeitgeberin: _____

Telefon (Büro): _____

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Familie /Freunde/Bekannte

Internet

Gelbe Seiten

sonstige: _____



Gesundheitscheck

- Blutungsneigung/ Bluterkrankung ja nein
- Diabetes ja nein
- Epilepsie ja nein
- Herzerkrankung ja nein
- Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen ja nein
- HIV ja nein
- Hoher Blutdruck ja nein
- Lebererkrankung (Hepatitis) ja nein
- Lungenerkrankung / Asthma ja nein
- Magen-/ Darmerkrankung ja nein
- Marcumar/ Gerinnungshemmer ja nein
- Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankungen ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Nierenerkrankung ja nein
- Ohnmachtsneigung ja nein
- Alkoholerkrankung ja nein
- Rheuma ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja nein

Wenn ja, bei welchen? _____

Sind Sie RaucherIn? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Sind künstliche Gelenke vorhanden oder geplant? ja nein

Wenn ja, seit wann / ab wann? _____



Grund ihres Besuchs

- Kontrolluntersuchung ja nein
Schmerzen ja nein
Zahnfleischbluten ja nein
Kiefergelenkbeschwerden ja nein
Knirschen ja nein
Mundgeruch ja nein
Beratung ja nein
Sonstiges _____

Beratungswunsch

- Implantate / Implantatversorgung ja nein
Lachgasbehandlung ja nein
Professionelle Zahnreinigung ja nein
Prothetische Versorgung ja nein
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln ja nein
Zahnaufhellung (Bleaching) ja nein
Zahnfarbene Füllungen ja nein
Sonstiges _____

Was sollen wir besonders berücksichtigen?

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja nein
Starke Schmerzempfindlichkeit ja nein
Starker Würgereiz ja nein
Sonstiges _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Termine, die Sie nicht einhalten können, sollten Sie spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten (75,00€ pro 30 Minuten) in Rechnung gestellt werden können. Bitte legen Sie uns Ihre Krankenversichertenkarte zu Beginn eines jeden Quartals beim Termin vor. Konnte das Einlesen der Karte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung nicht erfolgen, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Wir danken Ihnen für die sorgfältige Beantwortung der Fragen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum, Ort und Unterschrift

