



UNSER ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientinnen,
Liebe Patienten,

wir möchten Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zukommen lassen. Da die Zahnmedizin häufig auch andere Gebiete der Medizin berührt, ist es zu Ihrer Sicherheit wichtig, zunächst ein paar allgemeinmedizinische Fragen zu klären. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dienen lediglich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Bevor wir uns also über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir Sie, sich einen Moment Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Wenn Sie Fragen haben, sind wir Ihnen natürlich gerne behilflich. Dieser Bogen wird anschließend Ihrer Patientenakte hinzugefügt.

Vielen Dank,

Ihre Zahnärztin Susanne Müller

IHRE ANGABEN

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Hausarzt: _____

VERSICHERUNG

Name Ihrer Krankenkasse: _____
Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Zusatzversicherung
Falls Sie über jemanden (mit-)versichert sind, benötigen wir folgende Angaben:
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

ALLGEMEIN

Befanden Sie sich innerhalb der letzten zwei Jahre in ärztlicher Behandlung? ja nein
Falls ja, aus welchem Grund? _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Falls ja, welche? _____
Sind sie aktuell schwanger? ja Wenn ja, welche Woche? _____ nein
Haben Sie künstliche Gelenke oder Herzklappen? ja Falls ja, welche? (z.B. Hüfte, Knie) _____ nein

ALLERGIE

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, z.B. auf Materialien oder Medikamente? Wenn ja, auf welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein Asthma? ja nein

BLUT

Blutungsneigung? ja nein Bluterkrankungen (z.B. Anämie)? _____

HERZ

Hoher Blutdruck? ja nein Niedriger Blutdruck? ja nein

Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein Herzfehler? ja nein

Angina pectoris? ja nein Herzschrittmacher ja nein

Herzinfarkt ja Wenn ja, wann? _____ nein

NERVEN

Epilepsie (Anfallsleiden)? ja nein Schlaganfall? ja nein

Schwindel - / Ohnmachtsanfälle? ja nein Psychosomatische Erkrankungen? ja nein

ORGANE

Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein Nierenerkrankungen? ja nein

Chronische Atemwegs-Erkr.? ja nein Tumor-Erkrankungen /-operationen? ja nein

Lebererkrankung? ja nein Schilddrüsenerkrankung? ja nein

INFEKTION

Hepatitis? ja nein Tuberkulose? ja nein

Herpes? ja nein HIV-positiv? ja nein

Sonstige Infektionen? ja Wenn ja, welche? _____ nein

SONSTIGES

Rauchen Sie? ja nein Wundheilungsstörungen? ja nein

Rheuma ja nein Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Bisphosphonat-Therapie? ja Wenn ja, wann? _____ nein

Sonstige Erkrankungen? _____

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

PRAXIS

Wir bieten einen kostenlosen Erinnerungsservice an, an dem wir Sie jährlich an Ihre Kontrolltermine erinnern.

Ja, ich möchte bitte benachrichtigt werden per: Email Post Telefon

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren? _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen, sowie Gesundheits- und Versichertendaten gespeichert und an die Kassenzahnärztliche Vereinigung KZVB, Krankenkassen, Verrechnungsstelle, Dentallabore und weiterbehandelnde Ärzte weitergeleitet werden dürfen, gemäß ausliegender Info zur Datenschutzgrundverordnung DSGVO. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen.

Ich versichere, meine Angaben vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Ihre Wünsche und Erwartungen sind uns wichtig! Sprechen Sie uns gerne darauf an.