



ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Um eine komplikationslose Behandlung durchzuführen, benötigen wir von Ihnen wichtige Informationen und Angaben zu Ihrer Person. Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht.

Sprechen Sie über alle ungeklärten Fragen mit uns! Wir geben Ihnen gerne über alles Auskunft!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit :-)!

PATIENT:

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

MITGLIED:

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

ADRESSE:

STRASSE _____ HAUSNUMMER _____

PLZ _____ ORT _____ TELEFON _____

MOBIL _____ E-Mail _____

BERUF:

ARBEITGEBER:

NAME/ADRESSE _____ TELEFON _____

NAME DER KRANKENVERSICHERUNG:

Wünschen Sie eine Zahnreinigung? ja nein

Manche Krankenkasse bezuschussen die PZR!

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Haben Sie ein Bonusheft ? ja (dann bitte vorlegen) nein

Wünschen Sie ein Recallschreiben? ja nein

(Erinnerung für den nächsten Kontrolltermin)

Ich bin mit der Versendung meiner Daten nur zu Recallzwecken
einverstanden:

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

WANN WAR IHR LETZTER ZAHNARZTBESUCH?

WELCHER ANLASS FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

Fragen zum Gesundheitszustand

Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit.

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit, z. B. Bisphosphonate? _____

Herzerkrankung/ Kreislaufkrankungen:

Herzschrittmacher.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zu hoher Blutdruck.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zu niedriger Blutdruck.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zustand nach Herzinfarkt.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges: _____		

Nierenerkrankung: Niereninsuffizienz..... ja nein

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)..... ja nein
Schilddrüsenerkrankungen..... ja nein

Erkrankung des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle..... ja nein

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)..... ja nein
Blutarmut (Anämie)..... ja nein

Allergien: Penicillin-Überempfindlichkeit..... ja nein
Asthma..... ja nein
Besitzen Sie einen Allergiepaß?..... ja nein

Infektionskrankheiten: Leberentzündungen-Gelbsucht..... ja nein
Tuberkulose..... ja nein
Aids..... ja nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Weitere Angaben:

Sind oder waren Sie drogenabhängig?..... ja nein

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?..... ja nein

(Bei Frauen) Besteht zur Zeit Schwangerschaft?..... ja nein

Voraussichtlicher Geburtstermin bei Schwangerschaft? _____

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

INFORMATION ÜBER ANÄSTHESIERUNGSMITTEL

Sehr geehrter Patient!

Wir sind verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen, dass nach der Gabe von Betäubungsmitteln die Fähigkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr und zur Bedienung von Maschinen eingeschränkt sein kann.

Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme durch Ihre Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten