

Bitte dieses Feld nicht ausfüllen

Anamnesebogen

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. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir auf ihre Wünsche und Sorgen bestmöglich eingehen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Mobil

E-Mail

Beruf

Geburtsort

Name der Versicherung

- gesetzlich versichert
 privat versichert
 Zusatzversicherung
 Basistarif
 Beihilfeberechtigt

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- persönliche Empfehlung
 Im Vorbeigehen
 Internet
 Überweisender Arzt: _____
 Jameda etc.
 Sonstiges: _____

Allgemeine Gesundheitssituation

- | | ja | nein |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| rheumatische Erkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

wenn ja, welche:

sonstige Erkrankungen: _____

Rauchen Sie? ja nein

Infektionskrankheiten:

- | | ja | nein |
|-------------|-----------------------|-----------------------|
| HIV/AIDS | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hepatitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sonstige: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

wenn ja, welche:

- Herzmedikamente: _____
- Kortison: _____
- Schmerzmittel: _____
- Antidepressive: _____
- blutverdünnende Medikamente: _____
- Sonstige: _____

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger ja nein

wenn ja, wann ist der ET: _____

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in die Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- Neuer Zahnersatz
- Überweisung Zahnarzt
- Zweite Meinung
- Sonstiges: _____

- | | ja | nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form ihrer Zähne zufrieden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, Sie halbjährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- per Anruf Postkarte

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Gesundheitsangaben, sowie ihr Einverständnis für die Weiterbehandlung in der Praxis Gördes/Schulze/Rumann ab dem 4.1.2021 mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift