

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer 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 Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Zahnarzt Sebastian Täubert & Team

Persönliches

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ, Ort	
Telefon	Arbeit	Mobil	
E-Mail	Beruf	Arbeitgeber	
Hausarzt			

Versicherung

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert
 Privat versichert
 Zusatzversicherung
 Basistarif
 Beihilfeberechtigt

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

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ, Ort	

Mundgesundheitsituation

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

- Vorsorgeuntersuchung
 Beratung
 Schmerzbehandlung
 Prophylaxe
 Neuer Zahnersatz
 Überweisung Zahnarzt
 Zweite Meinung

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Operationen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche?		

Allgemeine Gesundheitssituation

ja nein

Hoher Blutdruck / Niedriger Blutdruck
Herzschrittmacher
Herzerkrankungen wenn ja, welche:

Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?
Blutgerinnungsstörung
Schlaganfall
Epilepsie
Ohnmachtsneigung
Lungenerkrankungen
Diabetes
Schilddrüsenerkrankung
Rheumatische Krankheiten
Allergien
wenn ja, welche:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen
Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Infektionskrankheiten:

ja nein

HIV
Hepatitis A,B,C
Tuberkulose
Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Nehmen Sie Medikamente ein?
wenn ja, welche (z.B.: Herzmedikamente,
Blutverdünner, Cortison, Schmerzmittel, Antidepressiva):

Sonstiges:

ja nein

Rauchen Sie?
Wenn ja, wieviel? _____

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?
wenn ja, welche Woche: _____
Stillen Sie?

ja nein

Haben Sie Interesse an einer regelmäßigen professionellen Zahnreinigung (PZR)?
Dürfen wir Sie halbjährlich / jährlich an Ihre Vorsorge (Kontrolluntersuchung) erinnern?

Wenn ja, wie? Postkarte Email Anruf

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.

Ausfallzeiten dürfen und können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift