

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN (Seite 1)

Liebe Patienten, herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Wir bieten Ihnen die komplette Versorgung im Bereich der Zahnmedizin. Bei allen Leistungen steht an erster Stelle ein ausführliches Vorgespräch mit Ihrem Zahnarzt und das Ausfüllen des sogenannten Anamnese-Fragebogens, um alle relevanten Informationen zu Ihrer Krankengeschichte zu bekommen. Allgemeine Erkrankungen können nämlich Auswirkungen auf die Zahngesundheit haben und spezielle Behandlungsrisiken beinhalten. Bitte füllen Sie den 2-seitigen Fragebogen soweit es geht aus und bringen Sie ihn dann zusammen mit Ihrer Krankenversicherungskarte zu Ihrem Termin mit.

PATIENTENDATEN

Patient: Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____

Mitglied: Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____

Wohnadresse: _____

Festnetztelefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Gelernter Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Hausarzt (Name, Adresse): _____

Ich bin privat versichert im Basistarif nicht im Basistarif
bei der folgenden Krankenversicherung (Name, Adresse):

Ich bin gesetzlich versichert freiwillig versichert familienversichert
bei der folgenden Krankenkasse (Name, Adresse):

Ich bin nicht selbst, sondern mitversichert als Ehepartner als Kind (unter 18 Jahre)
Mitglied der Krankenkasse ist (Name, Geburtsdatum, Adresse):

Ich bin beihilfeberechtigt Ich habe eine Zahnzusatzversicherung

Ich bin Neupatient Ich war in dieser Praxis schon einmal Patient im Jahr:

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN (Seite 2)

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein

Herzklappenerkrankung Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

Herzinfarkt Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

Infektions-Erkrankungen

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Andere:

Allergien

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

Andere Allergien oder Unverträglichkeiten:

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen (Anämie) Ja Nein

Asthma / Lungenerkrankung Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

Zuckerkrankheit / Diabetes Ja Nein

Nierenfunktionsstörung Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankung Ja Nein

Andere Erkrankungen:

Ich nehme zurzeit folgende Medikamente ein:

Zahn-Mund-Erkrankungen

Zahnfleischentzündung Ja Nein

Schmerzen am Kopf/Nacken Ja Nein

Geräusche im Kiefergelenk Ja Nein

Schmerzen beim Gähnen/Kauen Ja Nein

Haben Sie Interesse an einer Individual-Prophylaxe-Behandlung, um Ihre Zähne

dauerhaft zu erhalten? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Ich erkläre mich einverstanden, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können mir daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Änderungen während des Behandlungszeitraumes werde ich der Praxis unaufgefordert mitteilen. Ich stimme zu, dass die Angaben meinen Behandlern zugänglich gemacht werden. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich unterschreibe als Erziehungsberechtigter