



ZAHNARZTPRAXIS

Karina Manse

ANAMNESEBOGEN

Patient

Name

Vorname

Mitglied/Versicherter

Name

Vorname

Geburtstag

Geburtsort

Anschrift

PLZ

Ort

Straße/Nr.

Email

Tel.

Mobil

Beruf/Arbeitgeber

Beihilfeberechtigt

Freiwillig Versicherter

Zahnzusatzversicherung

BITTE WENDEN

Allgemeine Gesundheitsfragen

Allergien ja nein

wenn ja, welche?

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Herzerkrankungen ja nein

wenn ja, welche?

Hoher Blutdruck? ja nein

niedriger Blutdruck? ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS) ja nein

Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis/TBC) ja nein

Diabetes ja nein

Augenerkrankungen ja nein

Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? ja nein

wenn ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wie viele?

Zahn und Mund Gesundheitsfragen

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Haben Sie Zahnfleischbluten oder -rückgang? ja nein

Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Schmerzen im Kopf/Nackenbereich? ja nein

Tragen Sie Zahnersatz? ja nein wenn ja, seit ca. Jahren

Sind Sie mit Stellung, Form u. Farbe (mit Ihrem „Lächeln“) zufrieden? ja nein

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich untersucht?

Wann hatten Sie ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

Letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme vor ca.

In der Zahnarztpraxis (Name & Adresse)

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt/-ärztin?

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?

ja, ich bin in der Woche nein ungewiss

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt

Haben Sie Interesse an einer besonderen Vorsorge zur ja nein

Vermeidung von Karies und Zahnfleischrückgang?

Dürfen wir Sie an Vorsorgetermine erinnern? ja nein

wenn ja, bevorzugt Email SMS Anruf Brief

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis heute aufsuchen?

bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich bei uns wohl fühlen und stehen Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. Wir sind eine Bestellpraxis und sorgen mittels unserer Terminplanung dafür, dass für unsere Patienten so gut wie keine Wartezeiten entstehen, bitten Sie reservierte Termine (falls notwendig rechtzeitig - 48 Stunden) vorher abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)