

Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient !

Wir freuen uns Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglichst erfüllen können.

Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ / Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf / Arbeitgeber	

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversichert

Basistarif Beihilfeberechtigt

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

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ / Ort	

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung Internet Sonstiges _____

Allgemeine Gesundheitssituation

	Nein	Ja
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche _____

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche _____

	Nein	Ja
Infektionskrankheiten		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen		

Nehmen Sie Medikamente ein?

wenn ja, welche _____

Rauchen Sie?

Sind Sie schwanger?

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

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Zweite Meinung | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe der Zähne zufrieden? _____

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? _____

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen ? Zahnfleischrückgang? _____

Wurden Ihre Zähne bislang regelmäßig professionell gereinigt (PZR)? _____

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt und bei wem? _____

Möchten Sie halbjährlich / jährlich an einen Vorsorgetermin erinnert werden? _____

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.