



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen den Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie diese vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Titel _____

Name, Vorname _____

Straße/Hausnummer: _____

Geburtsdatum _____

PLZ/Ort: _____

Telefon(privat) _____

Telefon(mobil) _____

Email: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____

Krankenversicherung: _____

- gesetzlich
- freiwillig
- privat
- Beihilfe
- Zusatzversicherung: wenn ja, welche: _____

Besteht eine Zahnarztangst: ja nein

Haben Sie eine Pflegestufe (Zusatzleistungen möglich!) ja nein

Wie oft putzen Sie am Tag Ihre Zähne? 1x 2x 3x

Benutzen Sie eine: elektrische Zahnbürste Handzahnbürste
 Zahnseide Zungenreiniger Zahnseide

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie Allergien? (bitte Allergiepass vorlegen) ja nein
wenn ja, welche? _____

Sind ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen
oder Medikamente bekannt? ja nein
wenn ja, welche? _____

Neigen Sie zu Ohnmacht? ja nein

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

	ja	nein	Medikamente
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Herzkrankheiten

	ja	nein	Medikamente
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Klappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschriltmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Endokarditis/-prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Infektionskrankheiten

	ja	nein	Anmerkungen
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Creutzfeldt-Jakob/ Varianten CJK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	ja	nein		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Grund Ihres Besuches?

	ja	nein
Wünschen Sie eine Terminerinnerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich verzichte ausdrücklich darauf, vor jeder weiteren Spritze oder Operation erneut auf die Möglichkeit der Nervverletzung hingewiesen zu werden.

Mir ist bekannt, dass bei jeder Operation Risiken bestehen. So kann es u.a. zu Schmerz , Schwellung, Nachblutung, Infektion, Bluterguss, Schädigung der Nachbarzähne , einer (Teil-) Fraktur im Kiefer oder Änderungen im Zahnfleischverlauf kommen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben mit bestem Wissen und Gewissen gemacht, sowie verstanden habe. Meinerseits bestehen keine weiteren Fragen an den Arzt.

Ort/Datum

Unterschrift

Da unsere Praxis mit einem Bestellsystem arbeitet, wird die Zeit für vereinbarte Termine für Sie reserviert.

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, unbedingt 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls können wir Ihnen den Behandlungsausfall in Rechnung stellen.