

ANAMNESEBOGEN

Bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir für Ihre individuelle Behandlung Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Alle Angaben unterliegen natürlich der Schweigepflicht!



Die Zahnarztpraxis
am Neuen Wall

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Wie sind Sie versichert? _____

Welche medizinische Vorgeschichte haben oder hatten Sie?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Adresse mit!

	Ja	nein
Herz- / Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen, Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen, andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Typ ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte lesen Sie weiter auf Seite 2

ANAMNESEBOGEN



Die Zahnarztpraxis
am Neuen Wall

Seite 2

	Ja	nein
Mißfällt Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zur Zeit Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zur Zeit Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zur Zeit Probleme beim Kauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie eine Beratung über:		
Ihr persönliches Kariesrisiko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ästhetische Zahnheilkunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantatversorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alternative Füllungstherapien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenksbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____ wenn ja, wievielte Woche	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____ wenn ja, wieviel pro Tag	
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____ wenn ja, welche	
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____ wenn ja, welche	

Ich bin darüber informiert, dass private Rechnungen nach der GOZ und der GOÄ erstellt werden.
Termine, die ich nicht einhalten kann, sage ich 24 Stunden vorher ab. Ansonsten kann mir die Ausfallzeit,
in Höhe von 75,- Euro pro Stunde, in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Nein, ich möchte nicht per E-Mail über wichtige Informationen aus der Praxis benachrichtigt werden
- Nein, ich möchte nicht 24 Stunden vor meinem individuellen Behandlungstermin über den SMS-Erinnerungsservice eine Terminbestätigung erhalten