

ANAMNESEBOGEN

Name _____ Telefon _____
 Vorname _____ Handy _____
 Geburtsdatum _____ Telefonisch erreichbar (Uhrzeit) _____
 Straße _____ Beruf _____
 PLZ / Ort _____ Arbeitgeber _____
 E-Mail _____ Telefon, Geschäft _____

Mein Hausarzt ist (Name und Ort) _____

Versicherungsart gesetzlich Privat Beihilfe

Name der Versicherung _____

Zahnzusatzversicherung Ja Nein

Ich komme aufgrund Empfehlung von _____ Internet Sonstiges

Was ist der Grund Ihres Kommens? _____

Sind aktuelle Röntgenbilder vorhanden? Ja Nein Datum der Aufnahme: _____

In welcher Praxis wurden die Röntgenbilder angefertigt? _____

HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER NACHFOLGEND AUFGEFÜHRTEN ERKRANKUNGEN?

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN	Ja	Nein	
Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes mellitus (Zucker)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ (Typ I oder II)
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Neurodegenerative Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ (z.B. Parkinson, Alzheimer, Demenz etc.)
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Angeborene Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Erhöhte Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutverdünner/Medikament: _____
Augen	<input type="radio"/> grauer Star	<input type="radio"/> grüner Star	

Blutdruck zu niedrig normal zu hoch Kennen Sie ihren Blutdruckwert? _____

Ja Nein

Wurden/Werden Sie mit
Bisphosphonaten behandelt? (Medikament zur Behandlung bei Osteoporose und Tumorerkrankung)

Osteoporose

Tumorerkrankungen _____

Haben Sie Endoprothesen (künstliches Hüft-, Kniegelenk o.ä.)? _____

Haben Sie Allergien? (z.B. Antibiotikum, Lokalanästhesie, Schmerzmittel, Modeschmuck Nickel, Pflaster etc.)

Wenn ja, wo gegen? _____

Haben Sie einen Hautausschlag oder Hautjucken? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Ja Nein

Tuberkulose

Hepatitis (A, B oder C)

HIV/Aids

Sonstige Infektionskrankheiten: _____

MUNDERKRANKUNGEN

Ja Nein

Zahnfleischbluten

Mundgeruch

Herpes

Metallgeschmack

Zungenbrennen / -beschwerden

Wurde eine Parodontitisbehandlung durchgeführt? Ja Nein

KIEFER UND NACKENBEREICH

Ja Nein

Knirschen / Pressen

Kiefergelenksschmerzen / Knacken

Migräne

Rückenbeschwerden

Tinnitus

Verspannungen

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel täglich? _____

Nehmen Sie Vitamin D3- Präparate ein? _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein Schwangerschaftswoche: _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe und Zahnstellung Ja Nein

unzufrieden?

WÜNSCHEN SIE INFORMATIONEN ZU:

- Implantaten Bioverträglichem Zahnersatz (Umweltzahnheilkunde, Keramikimplantate)
 Kiefergelenksbehandlung Wurzelbehandlung mit Mikroskop
 Sonstiges _____

Unser Service: regelmäßige Erinnerungen

Ich möchte den Recallservice Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

- Erinnerung zur allgemeinen Vorsorgeuntersuchung Erinnerung zur Zahnreinigung
 per E-Mail per SMS

Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden.
- **Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.**

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

*(Patient/Zahlungspflichtiger oder gesetzlicher Vertreter)**Bei Kindern unter 18 Jahren: Gesetzlicher Vertreter*

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____
