

ANAMNESEBOGEN

ALLGEMEINE ANGABEN

Patient Herr/ Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____ Ort _____

Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/ Nr. _____ Telefon _____

E-Mail _____ mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/ Versicherung _____

beihilfeberechtigt Zahnzusatzversicherung freiwillig versichert

ALLGEMEINE SITUATION

ja nein

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)
 Andere Allergien
 Wenn ja, welche?

ZAHN-MUND-SITUATION

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Schilddrüsenerkrankung
 Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Herz-/ Kreislaufkrankung
 Hoher/ niedriger Blutdruck
 Asthma
 Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)
 Blutgerinnungsstörungen, z.B.
 verlängerte Blutung bei Schnittwunden
 oder nach Operationen
 Infektionskrankheiten: Hepatitis/TBC/HIV
 Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?
 (z.B. auch Hormone oder Antidepressiva)

ja nein

Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang
 Geräusche im Kiefergelenk
 (z.B. beim Gähnen, Kauen)
 Schmerzen am Kopf/Nacken
 Schnarchen Sie?
 Schnarcht jemand in Ihrer Familie?
 Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form
 Ihrer Zähne zufrieden?
 Haben Sie manchmal das Gefühl von
 Trockenheit oder Brennen im Mund?
 Rauchen Sie?
 Haben Sie Interesse an einer besonders
 intensiven Vorsorge gegen Karies und
 Zahnfleischrückgang?
 Sind Sie derzeit in kieferorthopädischer
 Behandlung?
 Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?

Sonstiges: _____



Für neue Patienten:

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? Vor _____ Monaten.

Bei Zahnarzt _____

Straße/ Nr. _____

PLZ/ Ort _____

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja, _____ Woche Nein Ungewiss

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung durch: Herrn / Frau _____

Internet, eventuell Google Doxter Arzttermine.de Jameda

Telefonbuch Gelbe-Seiten Ihre Krankenkasse

Sonstiges: _____

Für die Gesunderhaltung Ihrer Zähne ist die regelmäßige Kontrolle und Zahnreinigung wichtig. Wünschen Sie zu den anstehenden Terminen eine Erinnerung per:

Postkarte E-Mail SMS

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mit.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

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

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)