

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummern

Privat: _____

Mobil: _____

Geschäftlich: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Krankenkasse: _____

ja nein Zusatzversicherung?

ja nein Pflichtversichert?

ja nein Besitzen Sie ein Bonusheft?

ja nein Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

ja nein Leiden Sie an einer Allergie? Wenn ja, welche? _____

ja nein Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung?

ja nein Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?

ja nein Haben Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein Hatten Sie einen Schlaganfall oder Herzinfarkt? Wenn ja, wann? _____

ja nein Haben Sie Gerinnungsstörungen?

ja nein Haben Sie einen hohen Blutdruck?

ja nein niedrigen Blutdruck?

ja nein Haben Sie Diabetes?

ja nein Nehmen Sie Bisphosphonate z.B. zur Behandlung von Osteoporose ein?

- ja nein Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?
ja nein Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?
HIV Hepatitis B Hepatitis C
ja nein Nehmen Sie Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____

- ja nein Haben Sie eine Nierenerkrankung?
ja nein Leiden Sie unter Migräne?
ja nein Haben Sie grünen Star?
ja nein Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? Wenn ja, wann? _____
ja nein Sind Sie schwanger?
Wenn ja, in welcher Woche? _____
ja nein Rauchen Sie?

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

- ja nein Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung?
ja nein Eine zweite Meinung?
ja nein Eine Überweisung? Wenn ja, von welcher Praxis? _____
ja nein In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____
ja nein Haben Sie Zahnschmerzen?
ja nein Blutet Ihr Zahnfleisch?
ja nein Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
ja nein Sind Ihre Zähne gelockert?
ja nein Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk?
ja nein Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?
ja nein Besitzen Sie einen Röntgenpass?
ja nein Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient