



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Um Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten und Ihre Vorstellungen und Wünsche zu berücksichtigen, bitten wir Sie um Ihre Mitarbeit und um die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

ANGABEN ZU IHRER PERSON

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____ Straße/Hausnummer: _____

Tel. Mobil: _____ Tel. Festnetz: _____ Tel. Arbeit: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____ Straße/Hausnummer: _____

Tel. Mobil: _____ Tel. Festnetz: _____ Tel. Arbeit: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherung(en) bitte hier ankreuzen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Gesetzlich versichert | <input type="radio"/> Zahnzusatzversicherung | <input type="radio"/> Freiwillig versichert |
| <input type="radio"/> Privat versichert | <input type="radio"/> PKV-Standardtarif | <input type="radio"/> Beihilfe |

Hausarzt Name: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Bei Empfehlung: Wem dürfen wir für die Empfehlung unserer Praxis danken? _____

Weshalb begeben Sie sich zu uns in Behandlung/Hauptanliegen? _____

ALLGEMEINMEDIZINISCHE FRAGEN — Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="radio"/> Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="radio"/> Migräne/Kopfschmerz | <input type="radio"/> Tinnitus |
| <input type="radio"/> Magen- und Darmerkrankungen | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Schilddrüsenüber- o. unterfunktion |
| <input type="radio"/> Raucher/in? Wie viele pro Tag: _____ | <input type="radio"/> Schwangerschaft? In welchem Monat: _____ |
| <input type="radio"/> Infektionskrankheiten? Welche: _____ | |
| <input type="radio"/> Allergien? Welche: _____ | |
| <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen? INR-Wert (ehemals Quickwert): _____ | |
| <input type="radio"/> Sie sind in orthopädischer Behandlung wegen: _____ | |
| <input type="radio"/> Sie sind in homöopathischer Behandlung wegen: _____ | |
| <input type="radio"/> Sie nehmen regelmäßig Medikamente ein (z.B. Herzmedikamente, Cortison, Antidepressiva, Schmerzmittel, blutverdünnende Medikamente)? Welche: _____ | |

ZAHNMEDIZINISCHE FRAGEN — Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Sie haben Zahnschmerzen. | <input type="radio"/> Ihr Zahnfleisch blutet. |
| <input type="radio"/> Ihre Zähne sind gelockert. | <input type="radio"/> Sie haben Zahnersatz. |
| <input type="radio"/> Sie haben wurzelkanalbehandelte Zähne. | <input type="radio"/> Sie hatten eine Parodontitis-Behandlung. |
| <input type="radio"/> Sie knirschen mit den Zähnen. | <input type="radio"/> Sie haben Kiefergelenksbeschwerden. |
| <input type="radio"/> Sie haben oder hatten eine Knirscherschiene. | <input type="radio"/> Sie sind mit Ihrer Zahnfarbe unzufrieden. |
| <input type="radio"/> In letzter Zeit sind Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen erstellt worden. | <input type="radio"/> Sie sind ängstlich, was zahnmedizinische Behandlungen betrifft. |
| <input type="radio"/> Sie wünschen sich über außervertragliche Leistungen informiert zu werden. | <input type="radio"/> Sie haben Interesse an einem Prophylaxeprogramm teilzunehmen. |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich Änderungen mitzuteilen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Einwilligung weitergegeben.

Unser Praxiskonzept beinhaltet, dass wir an dem von Ihnen vereinbarten Termin ausschließlich für Sie da sind. Daher bitten wir Sie, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nur so haben wir die Möglichkeit, frei gewordene Termine neu zu vergeben. Vielen Dank.

Ort, Datum

Unterschrift, evtl. Erziehungsberechtigter