

Patienten-Anamnesebogen

Patient (Nachname)	Vorname	Geburtstag	Tel. mobil:
Strasse	PLZ	Ort	Tel. privat: Tel. (tagsüber):
Versicherter (Nachname)	Vorname	Geburtstag	E-Mail: Web:
Strasse	PLZ	Ort	Beruf: Arb.geber:

- Private Kasse, welche: Beihilfe Selbstzahler (nicht versichert)
 Gesetzliche Kasse, welche: pflichtversichert freiwillig versichert
 Freie Heilfürsorge Sozialamt (Ort) PKV-Standardtarif
- Rechnungsempfänger, wenn nicht Patient:
- Überweisender Arzt/Zahnarzt, Adresse:

Ihr Behandlungs- bzw. Beratungswunsch (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Allgemeine Untersuchung / Behandlung
- Schmerzbehandlung / Notfall
- Systematische Kariesvorbeugung, Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Parodontose / Zahnfleischbluten / Zahnlockerung
- Mundgeruch schlechter Geschmack
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?
- Kieferorthopädische Behandlung / kosmetische Zahnregulierung
- Zahnersatz - Kronen, Brücken, Prothesen
- Implantate - fester Zahnersatz, Fixierung lockerer Prothesen
- Gebissanierung / Materialberatung / Kostenaufklärung
- Wünschen Sie die Behandlung unter Vollnarkose örtlicher Betäubung?
- Möchten Sie an die empfohlenen Vorsorgetermine schriftlich erinnert werden (Bonus)? per SMS per Brief

Um Komplikationen bei Ihrer Behandlung vorzubeugen, bitten wir um einige Auskünfte zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte zutreffendes ankreuzen.

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankung?

- Asthma / Atemnot / Anfallsleiden / Epilepsie
- Allergische Reaktionen (z.B. Betäubungsspritzen, Penicillin, Nickel, Latex oder andere). Wenn ja, welche:
- Unverträglichkeit von Medikamenten. Wenn ja, welche:
- Schlaganfall / Lähmungen
- Hoher / niedriger Blutdruck
- Herz- / Kreislauferkrankung (z.B. Herzinfarkt / Angina pectoris / Schrittmacher). Wenn ja, welche?
- Migräne, Akrozyanose, kalte Hände
- Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht (Hepatitis) / AIDS / TBC / Sonstige. Wenn ja, welche?
- Zuckerkrankheit (Diabetes). Wenn ja, Typ1 oder Typ2?
- Magen-Darmerkrankungen, Nierenerkrankung
- Blutgerinnungsstörungen, Blutverdünnung (z.B. Einnahme von Marcumar, Godamed, Aspirin, Lebererkrankung)
- Neurologische Erkrankung, Depressionen, Angstzustände, Zahnarztphobie
- Tumorerkrankung
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)

Nennen Sie sonstige zur Zeit bestehende Krankheiten:

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein ? Wenn ja, welche:

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne?

Bitte legen Sie einen ggf. vorhandenen Röntgen- oder Allergiepass vor.

Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft / Stillzeit ja nein ungewiss

Teilen Sie uns bei folgenden Besuchen bitte ggf. Änderungen des Gesundheitszustandes mit!

Datenschutz: Mit Datenübernahme und –verarbeitung unter Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht erkläre ich mich einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten