



Anamnesebogen

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

Mitglied/Versicherter: Name _____ Vorname _____ geb./Ort _____

Anschrift: PLZ _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ E-Mail _____

Telefon _____ mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

Allgemeine Situation

ja nein

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)

Konservierungsmittelallergie

Andere Allergien

Wenn ja, welche?

Krebserkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Herzerkrankungen

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörungen, z.B.

verlängerte Blutung bei Schnittwunden

Infektionskrankheiten: Hepatitis/TBC/HIV

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)

Osteoporose

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviel?

Zahn-Mund-Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

ja nein

Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang

Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)

Schmerzen am Kopf/Nacken

Schnarchen Sie?

Haben Sie Atemaussetzer beim Schlafen?

Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven

Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne,

kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?

Tragen Sie Zahnersatz?

Wenn ja, seit wievielen Jahren?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnstellung? (bitte ankreuzen)

1 „Sehr zufrieden“ | | | | 6 „Unzufrieden“

Bitte wenden! Weitere Informationen
finden Sie auf der Rückseite.





Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? Vor _____ Monaten
bei Zahnarzt _____
Straße/Nr. _____
PLZ/Ort _____

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?

Ja, ich bin in der _____ Woche.

Nein

Ungewiss

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

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

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

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

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.

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner zum Einzug meiner Forderungen notwendigen persönlichen Patienten-/Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung an die Abrechnungsgesellschaft zum Zwecke der Einziehung der zahnärztlichen Honorarforderung.

Ich bin mir darüber bewusst, dass ich die Einwilligung freiwillig erteile und ich diese jederzeit widerrufen kann.

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)