



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	Zahn-Mund-Situation		
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?		
Konservierungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Andere Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Wenn ja, welche?				ja	nein
_____			Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreberkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen am Kopf/Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Atemaussetzer beim Schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven		
Blutgerinnungsstörungen, z.B.			Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verlängerte Blutung bei Schnittwunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne,		
Infektionskrankheiten: Hepatitis/TBC/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tragen Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wievielen Jahren?		
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnstellung? (bitte ankreuzen)		
Wenn ja, welche?			_____		
_____			1 „Sehr zufrieden“		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Wenn ja, wieviel?			_____		
_____			„Unzufrieden“ 6		

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)