

## ANAMNESEBOGEN

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Zahnarzt Sebastian Täubert & Team

### Persönliches

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ, Ort	
Telefon	Arbeit	Mobil	
E-Mail	Beruf	Arbeitgeber	
Hausarzt			

### Versicherung

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert     
  Privat versichert     
  Zusatzversicherung  
 Basistarif     
  Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ, Ort	

### Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung     
  Beratung     
  Schmerzbehandlung     
  Prophylaxe  
 Neuer Zahnersatz     
  Überweisung Zahnarzt     
  Zweite Meinung

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Operationen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche?		

## Allgemeine Gesundheitssituation

ja nein

Hoher Blutdruck / Niedriger Blutdruck    
Herzschrittmacher    
Herzerkrankungen wenn ja, welche:

Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?    
Blutgerinnungsstörung    
Schlaganfall    
Epilepsie    
Ohnmachtsneigung    
Lungenerkrankungen    
Diabetes    
Schilddrüsenerkrankung    
Rheumatische Krankheiten    
Allergien    
wenn ja, welche:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen  
Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

## Infektionskrankheiten:

ja nein

HIV    
Hepatitis A,B,C    
Tuberkulose    
Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Nehmen Sie Medikamente ein?    
wenn ja, welche (z.B.: Herzmedikamente,  
Blutverdünner, Cortison, Schmerzmittel, Antidepressiva):

## Sonstiges:

ja nein

Rauchen Sie?    
Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

## Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?    
wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_  
Stillen Sie?

ja nein

Haben Sie Interesse an einer regelmäßigen professionellen Zahnreinigung (PZR)?    
Dürfen wir Sie halbjährlich / jährlich an Ihre Vorsorge (Kontrolluntersuchung) erinnern?

Wenn ja, wie?  Postkarte  Email  Anruf

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert.  
**Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance,  
Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.  
Ich bin einverstanden, dass im Fall der Nicht-Begleichung einer Rechnung meine persönlichen Daten an ein Inkassobüro  
weitergegeben werden.

**Ausfallzeiten dürfen und können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.**

**Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.**

Ort, Datum

Unterschrift