

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 bestmöglichst 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

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Pflege Status	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Basistarif Ja Nein	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung					

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?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Prophylaxe
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung	

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	ja	nein
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

- Löst ein Zahnarztbesuch Angst- und Panikgefühle in Ihnen aus?
- Hoher Blutdruck / Niedriger Blutdruck
- Herzschrittmacher
- Herzerkrankungen wenn ja, welche:
-

- Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?
- Blutgerinnungsstörung
- Schlaganfall
- Epilepsie
- Ohnmachtsneigung
- Lungenerkrankungen
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheumatische Erkrankungen
- 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, Bisphosphonate):
-

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? Brief E-Mail 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. **Ausfallzeiten dürfen und können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.** Ich bin einverstanden, dass im Fall der Nicht-Begleichung einer Rechnung meine persönlichen Daten an ein Inkassobüro weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Betreuer / Bevollmächtigter / gesetzlicher Vertreter