

ANAMNESEBOGEN

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. (+Ort) _____

Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift PLZ _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Tel. _____

E-mail Adresse _____ Mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/Privatkasse _____

Beihilfeberechtigt zusatzversichert freiwillig versichert

ALLGEMEINE SITUATION

Medikamentenallergie Ja / Nein

Blutdruck: niedrig normal hoch

Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörungen

Tragen sie einen Herzschrittmacher

Nehmen sie Blutverdünner (z.B. ASS, Marcumar)

Nehmen sie Bisphosphonate ein?

Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis)

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Schilddrüsenerkrankung

Nehmen sie z.Zt. Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Rauchen sie? Wenn ja, wieviel/Tag? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

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

ZAHN-MUND-SITUATION

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischrückgang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Zähne gelockert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knacken/Geräusche im Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen am Kopf oder im Nacken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind sie mit der Stellung/Form/Farbe ihrer Zähne, kurz: mit ihrem „Lächeln“ zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann wurden sie zum letzten mal im Kopf/Kieferbereich geröntgt? _____ | | |

Welche besonderen Anliegen führen sie in unsere Praxis?

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind wichtig und müssen in ihrem Bonusheft nachgewiesen werden; möchten sie als Service von uns regelmäßig erinnert werden? Email Brief

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass sie unsere Praxis aufsuchen?

Wie möchten sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, und Änderungen ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)