



Praxis**Soer**
ZAHNHEILKUNDE

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es notwendig, dass Sie alle Fragen gewissenhaft beantworten. **Danke!**

Patient	Name	Vorname	Geburtsdatum
Mitglied/Versicherter	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Straße/Nr.		PLZ/Wohnort
Telefon	privat	geschäftlich	mobil
E-Mail			
Beruf	Arbeitgeber		
Krankenkasse			
gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> zusätzlich versichert <input type="checkbox"/>			

Allgemeine Situation

Medikamentenallergie (z. B. Penicillin)
Andere Allergien, wenn ja welche?
Herzerkrankungen
Hoher Blutdruck
Niedriger Blutdruck
Blutgerinnungsstörungen
(z. B. verlängerte Blutung)
Infektionen (z. B. Hepatitis/TBC/HIV)
Diabetes (Zuckerkrankheit)
Augenerkrankungen (z. B. Star)
Andere Erkrankungen, wenn ja, welche?
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

JA NEIN

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahn-Mund Situation

Überwiesen oder empfohlen von:
Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns?
Zahnfleischbluten/Zahfleischrückgang
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form ihrer
Zähne, kurz: mit ihrem „Lächeln“, zufrieden?
Geräusche im Kiefergelenk (z. B. beim Gähnen?)
Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann?
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?
Frauen: sind Sie zur Zeit schwanger?

JA NEIN

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollten Sie einen vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Nur wenn Sie rechtzeitig absagen, haben wir die Chance, den Termin neu zu vergeben! Andernfalls müssen wir Ihnen ein Ausfallhonorar gemäß §615 BGB in Rechnung stellen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Falls Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir um Mitteilung. Wir hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen!

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)