

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE



MARCUS BESLER
ZAHNARZT

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben
Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine
angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon

privat _____ geschäftlich _____ mobil _____

E-Mail Adresse

_____ (wird ausschließlich zur Terminbestätigung verwendet und nicht an Dritte weitergegeben)

Versicherung

- gesetzlich versichert Zusatzversicherung
 privat versichert Basistarif beihilfeberechtigt

Beruf

Wie möchten Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

- telefonisch per Mail

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung Internet Telefonbuch Sonstiges

Bestellpraxis: Hinweise zur Organisation

Unsere Praxis wird als reine Bestellpraxis geführt. Das bedeutet, dass die für Sie eingeplante Zeit auch
ausschließlich für Sie reserviert ist. Auf diese Weise ist es uns möglich, Wartezeiten so gering wie möglich zu
halten. Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte mindestens 24 Stunden
vorher an, um einen neuen Termin mit uns zu vereinbaren. Wir behalten uns vor, die exklusiv für Sie
vorgehaltene Zeit für nicht abgesagte Termine in Rechnung zu stellen.

Datenschutz

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre personenbezogenen Daten - falls dies
erforderlich sein sollte - an weiterbehandelnde Ärzte und mit uns kollaborierende Zahntechniker übermittelt
werden.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte füllen Sie den Bogen gewissenhaft aus um Gesundheitsrisiken zu vermeiden.
 Bei etwaigen Fragen wenden Sie sich bitte an unser Team.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankungen/-ersatz |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Bypass/Stent/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> künstliche Gelenke (Knie, Hüfte) |
| <input type="checkbox"/> Endokartitis-Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV, AIDS) | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma) | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Neigen Sie zur Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen/Infektionen | <input type="checkbox"/> Sind Sie drogen-, bzw. alkoholabhängig |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? Wie viel pro Tag _____ | |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft wenn ja, welcher Monat _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergien wenn ja, welche _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Plavix, ASS) ein? wenn ja, welche _____ | |

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"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Zweite Meinung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Datum _____	Unterschrift _____
aktualisiert am _____	Unterschrift _____
aktualisiert am _____	Unterschrift _____
aktualisiert am _____	Unterschrift _____
aktualisiert am _____	Unterschrift _____