

Anamnesebogen



Unser Praxisteam heißt Sie herzlich Willkommen!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dieses ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	Nr. PLZ	Ort	
Telefon (Privat)	Telefon (Arbeit)	Telefon (Mobil)	
E-Mail	Beruf	Krankenkasse	
Sind Sie privatversichert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Basistarif? (Nur für Privatpatienten)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Bei Familienversicherung / Zahlungspflichtigen bitte um Angaben:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Name des Hausarztes	Ort	Telefon

Leiden oder littten Sie an Erkrankungen der / des

Herzens oder Kreislaufs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Atemwege	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
künstliche Gelenke, welcher Art:	_____

Haben oder hatten Sie ...

Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohrensausen / Tinnitus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bluterkrankungen / Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

aktueller INR / Quick % _____

Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-------------------	---

Welcher Art? _____

Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welcher Typ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

Seit wann? _____

Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-----------	---

Wenn ja, wogegen? _____

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Wenn ja in welcher Woche? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Wenn ja, gegen welche ?

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------	---

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--------------	---

Haben Sie Interesse an näheren Informationen zu:

Prophylaxe (professionelle Zahnreinigung, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Bleaching (professionelle Zahnaufhellung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Kinder Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-------------------	---

Implantaten (künstl. Zahnwurzeln)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------------	---

hochwertigen Zahnersatz (vollkeramische Kronen, Brücken, Inlays, Veneers)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Jetzt können Sie auch Online Termine auf unserer Homepage unter www.ihr-zahnaerzteam.de vereinbaren!

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn 24 Stunden vorher ab. Ansonsten sind wir berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige die Richtigkeit der oberen Angaben.

EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis einsehbar.

Marmsdorf, den _____

Unterschrift, Patient/in _____