

Anamnesebogen/ Anmeldung

Name/Vorname

Geburtsdatum/ Geburtsort

Strasse/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Krankenkasse:

Zahnzusatz-/ersatzversicherung Ja Nein

Besitzen Sie ein Bonusheft ? Ja Nein

Möchten Sie an unser Erinnerungsprogramm teilnehmen (SMS,Brief) ? Ja Nein

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

Andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Asthma Ja Nein

Lungenerkrankung Ja Nein

Weitere Erkrankungen:

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Ohnmachtsneigung Ja Nein
Schlaganfall Ja Nein
Andere:

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein
Alkoholgenuss Ja Nein Wenn ja, selten oft regelmäßig
Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:

Wer ist Ihr Hausarzt?:

Schwangerschaft

Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Spezielle Anamnese:

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen ? Ja Nein
Knackt Ihr Kiefergelenk? Ja Nein
Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja Nein
Waren Sie regelmäßig beim Zahnarzt? Ja Nein

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Ort/Datum

Unterschrift Patient

Minderjährige

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig. Ich bin damit einverstanden das ,wenn notwendig, eine Röntgenuntersuchung durchgeführt wird.

Ort/Datum

Unterschriften Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter