

ANAMNESEBOGEN

IHRE DATEN

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Tel. Privat _____

E-Mail _____

Beruf _____

Tel. Arbeitsplatz _____

Krankenkasse _____

Sind Sie pflichtversichert? ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

RECHNUNGSTRÄGER

Name _____

Adresse _____

Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

ja nein

ALLGEMEINES

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bestehen gesundheitliche Risiken? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wieviel? _____



BESCHWERDEN

- Weshalb begeben Sie sich in Behandlung?
- Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein
- Wann fand eine Röntgenuntersuchung der Zähne statt?
Im Jahr _____

HABEN SIE ...

- ... Allergien? ja nein
- ... Bluthochdruck? ja nein
- ... Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein
- ... HIV? ja nein
- ... Hepatitis? ja nein
- ... andere Infektionskrankheiten _____
- ... Epilepsie? ja nein
- ... Diabetes? ja nein
- ... Migräne? ja nein
- ... grünen Star? ja nein
- ... Asthma? ja nein
- ... Blutgerinnungsstörungen? ja nein

MÖCHTEN SIE ...

- ... Informationen zu Implantaten? ja nein
- ... eine schönere Zahnfarbe? ja nein
- ... ästhetischere Zähne? ja nein
- ... eine Beratung? ja nein
- ... Ihre eigenen Zähne behalten? ja nein
- ... von uns an die halbjährliche Kontrolluntersuchung/
Prophylaxetermin erinnert werden? ja nein

ERKRANKUNGEN

- Magen-/Darmerkrankung? ja nein
- Nierenerkrankung? ja nein
- Schilddrüsenerkrankung? ja nein
- Prostataerkrankung? ja nein
- Nehmen Sie Marcumar, ASS 100 ja nein
oder ein anderes blutverdünnendes Medikament ein?
- Wenn ja, welches? _____

Ort, Datum

Unterschrift