

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie bitten, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben.

Patient: Name		Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	E-Mail Adresse
Telefon/Fax		Telefon geschäftlich	Handy
Wie sind Sie versichert? <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich			
Mitversichert bei? <input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter			
Name des Versicherten		Vorname	Geburtsdatum
Krankenkasse/Versicherung		Beruf	Arbeitgeber
Empfohlen durch		Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?	
Besteht eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Leistungen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besitzen Sie ein Bonusheft?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, ist ein lückenloser Zeitraum der letzten <input type="checkbox"/> 5 Jahre oder <input type="checkbox"/> 10 Jahre vorhanden		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können.
Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie die folgenden Fragen gewissenhaft beantworten. Danke!

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen...

Herz- oder Kreislauf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lunge / Atmungssystem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blut.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niere / Blase.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Darmtrakt.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nasennebenhöhlen.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haut.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelenken / Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krebserkrankung.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja wo und wann? _____

Haben Sie einen HIV-Test durchführen lassen?... Ja Nein
 Positiv Negativ

Haben oder hatten Sie jemals...

Hohen Blutdruck.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zucker / Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fallsuch / Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelbsuch / Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kiefergelenkprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Allergien? Wenn ja - welche? _____

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“?..... Ja Nein

Neigen Sie zu...

Blutungen?.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rückenschmerzen?.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Knirschen oder pressen Sie?.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger?.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Es ist für uns selbstverständlich, dass wir alle Informationen auch über die
ärztliche Schweigepflicht hinaus streng vertraulich behandeln.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie zurzeit Bisphosphonate ein oder haben Sie in den letzten 10 Jahren Bisphosphonate bekommen? Ja Nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Name des Arztes / Adresse

Sind Sie an einer zahnärztlichen Behandlung unter Hypnose interessiert? Ja Nein

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe und Zahnstellung..... Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviel? _____

Sind Sie an einer Raucherentwöhnung interessiert? Ja Nein