



Anamnesebogen

Name:..... Geburtsdatum:.....
 Vorname:..... Tel. privat:.....
 Strasse:..... Tel. geschäftlich:.....
 PLZ/ Wohnort:..... Handy:.....
 Beruf:..... Email:.....

Versicherter (nur ausfüllen, falls anders als unter Patient angegeben)

Name:..... Strasse:.....
 Vorname:..... PLZ/Wohnort:.....
 Geb. Datum:.....

Versicherungsstatus:

- Gesetzlich versichert (AOK,DAK,..) Zahnzusatzversicherung
 Privat versichert mit Beihilfe

Erkrankungen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Medikamentenallergie | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Sonstige Allergie | |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit | (AIDS, Tb, Hepatitis u.ä.) | |

Legen Sie Wert auf eine absolut schmerzfreie Behandlung?

Möchten Sie auf jeden Fall eine Spritze? ja nein

Wir möchten die Behandlung für Sie möglichst angenehm gestalten. Dafür können wir Ihnen anbieten:

- a) beruhigende Musik ja nein
 b) eine Entspannungs-CD ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein:.....

Wofür/wogegen nehmen Sie Medikamente ein:.....

Wann und wo war die letzte Röntgenuntersuchung im Zahnbereich?.....

Sind Sie schwanger: ja, im.....Monat bin nicht sicher nein

Name und Adresse Ihres Hausarztes/Internisten:.....

Warum/wie kommen Sie in unsere Praxis?

- Empfehlung durch..... Telefonbuch Internet Ärztetafel

Existieren von Ihrem früheren Zahnarzt aktuelle Röntgenbilder?.....

Aus welchen Grund suchen Sie heute unsere Praxis auf?

- zur allgemeinen Beratung Schmerzbehandlung Zahnfleischproblem
 Beratung über Füllungsmaterialien Zahnersatzberatung Implantatberatung
 Sonstiges:.....

Wichtig:

Wir möchten unsere Termine mit Ihnen so vereinbaren, dass in der Regel keine oder – durch Schmerzfälle verursachte – nur geringe Wartezeiten entstehen und wir Sie in Ruhe untersuchen oder behandeln können. **Deshalb bitten wir Sie, dass Sie Ihren Termin – wenn Sie ihn nicht einhalten können – spätestens 24 Stunden vorher absagen, weil wir Ihnen sonst die für Sie reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung stellen müssen.**

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter)