

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,

der Anamnesebogen erleichtert es uns, auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse einzugehen und individuelle Besonderheiten bei Ihrer Behandlung zu berücksichtigen. Wir bitten Sie, unseren Anamnesebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen, gerne helfen wir Ihnen dabei! Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name Vorname Geburtsdatum

Hauptversicherter (falls Versicherung über Eltern bzw. Ehegatte/in) Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Telefon privat Telefon mobil

E-Mail (freiwillige Angabe)

Beruf Telefon beruflich

Krankenkasse Praxis empfohlen durch

Schwangerschaft ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Bedenken Sie hierbei vor allem solche, die unsere Behandlung beeinflussen könnten.

Zum Beispiel Marcumar, Aspirin, Insulin, Psychopharmaka, Cortison, Chemotherapeutika, etc.

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Krebs – Welches Organ? / Chemotherapie – Wenn ja, wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis (Herzmuskelentzündung) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall – Wenn ja, wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt – Wenn ja, wann? | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung – Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung – Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Künstl. Herzklappe / <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Chronische Leukämie (Altersleukämie) <input type="checkbox"/> Raucher |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Röteln/Masern/Mumps/Scharlach <input type="checkbox"/> rheumatoide Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Osteoporose Therapie Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Alkoholisismus Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| | Trocken Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> HIV/Tuberkulose |

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja welche?

Haben Sie andere, nicht hier aufgeführte Krankheiten? Wenn ja, welche?

Name / Telefonnummer des Hausarztes

Besitzen Sie ein Bonusheft? Haben Sie eine Zusatzversicherung?

*Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich Ihnen vorbehalten wird, wodurch wir lange Wartezeiten vermeiden wollen. Sollten Sie den jeweils vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie **spätestens 24 Stunden** vorher abzusagen, damit die für Sie vorgesehene Zeit anderweitig verplant werden kann. Sollten Sie Ihren Termin nicht innerhalb der Frist absagen, wird Ihnen gemäß §§611, 615 BGB eine Vergütung der einschlägigen Gebührenordnung in Rechnung gestellt. Ein unverschuldetes Nichterscheinen bleibt davon unberührt. Wir danken für Ihr Verständnis!*

Zur Kenntnis genommen / Unterschrift

Bitte bedenken Sie, dass Sie nach einer Betäubung 6 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, Maschinen bedienen oder wichtige Entscheidungen treffen dürfen.

Datum / Unterschrift

Möchten Sie in individuellen Abständen von uns per Brief/E-Mail an die Terminvereinbarung zur Kontrolle/professionellen Zahnreinigung erinnert werden? Sprechen Sie uns gerne an!