

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Praxis Dr. Carmen Wilhelm & Team

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Versicherung

Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen	<input type="checkbox"/> Anzeige
<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Bitte wenden

Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:		

Sonstige Erkrankungen:

	Ja	Nein
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige:

	Ja	Nein
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

Nehmen Sie Medikamente ein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	--------------------------

wenn ja, welche?

Für unsere Patientinnen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sind Sie schwanger ?

Wenn ja, welche Woche

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt ?

Vorsorgeuntersuchung

Schmerzbehandlung

Beratung

Neuer Zahnersatz

Zweite Meinung

Überweisung Zahnarzt

Sonstiges:

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen ?

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mich die Praxis Dr. Wilhelm über sinnvolle und nötige Untersuchung/en informiert, mich an ausstehende Termine erinnert und mir hierfür einen Termin anbietet.

Bitte tragen Sie mich in die Erinnerungsdatei ein.
Gewünschte Form der Erinnerung:

Post

Telefon

E-Mail

Nein, ich möchte keine Erinnerung

Name, Vorname:

Geb.:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in