

**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



Anamnesebogen

Persönliches

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Basistarif

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?

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Anzeige

Überweisender Arzt

Internet

Sonstiges

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: _____		
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:
 Sind Sie schwanger?
 Wenn ja, welche Woche _____

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

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Beratung
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung	<input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

	Ja	Nein
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	<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 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 Untersuchungen informiert, mich an ausstehende Behandlungen erinnert und mir hierfür einen Termin anbietet.

Bitte tragen Sie mich in die Erinnerungsdatei ein.

Meine gewünschte Form der Erinnerung:

Post

Telefon

E-Mail

Nein, ich möchte keine Erinnerung.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in