

# ANAMNESE



Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Name	Krankenkasse		
Vorname	Pflichtversichert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum	Beihilfeberechtigt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Adresse	Versicherter (falls abweichend vom Patienten)		
Telefon (privat)	Name		
Beruf	Vorname		
Telefon (beruflich)	Geburtsdatum		
Hausarzt	Adresse		

<b>Sind sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung ?		
<b>Nehmen sie Medikamente ein ?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? Bisphosphonate?		
<b>Wann und wo war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich?</b>		

<b>Herz-Kreislaufferkrankungen:</b>			<b>Allgemeine Erkrankungen:</b>		
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt/Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (z.B. Epilepsie...)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Andere:					

<b>Infektionskrankheiten:</b>			<b>Rheumatische Erkrankungen:</b>		
Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Folgende:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<b>Tumore, Krebs:</b>		
Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Folgende:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

<b>Allergien / Unverträglichkeiten:</b>			<b>Erkrankungen der Atemwege:</b>		
Allergiepass	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Folgende:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

<b>Schwangerschaft ?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Monat/Woche _____
--------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Ja  Nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

Ja  Nein

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Die erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_