

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit den Fragebogen auszufüllen. Wir helfen Ihnen gerne dabei.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie uns künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

### Anmeldung

<b>Patient/in</b>			
Name	Vorname	Geb.	
Strasse/Nr.			
PLZ/Ort	Telefon	Mobil	
<b>Hauptversicherter (bei Minderjährigen)</b>			
Name	Vorname	Geb.	
Straße/Nr.			
PLZ/Ort	Telefon	Mobil	
<b>Gesetzliche Krankenkasse</b>	Bezeichnung	zusatzversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Private Versicherung</b>	Bezeichnung	beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Hausarzt</b>	Name/Rufnummer		
<b>Arbeitgeber</b>	Name/ Firma	Beruf	

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Internet
  Empfehlung
  Anzeige  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen was Sie zu uns in die Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung
  Beratung
  Schmerzbehandlung  
 Neuer Zahnersatz
  Überweisung
  Zahnreinigung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bitte wenden!

	Ja	Nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihnen Geräusche, Knacken im Kiefergelenk, bewusst aufgefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnersatz? Seit wie vielen Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch? Wünschen Sie eine Beratung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm/ professionellen Zahnreinigung interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten zahnärztlich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein		
Haben Sie hohen/ niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Leiden Sie an Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Besteht eine Herzschwäche/ Endokarditis Prophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hatten Sie einen Herzinfarkt? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Reagieren Sie auf manche Medikamente/Stoffe allergisch? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Leiden Sie an Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rauchen Sie? Wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hatten Sie jemals eine Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie andere Krankheiten? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Für <i>weibliche Patienten</i> : Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wünschen Sie an Ihre nächste Prophylaxe-Behandlung erinnert zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Liebe/r Patient/in, wir sind eine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, für den Fall, dass Sie Ihre reservierte Behandlungszeit nicht wahrnehmen können, rechtzeitig (mind. 24 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen sich und Ihren Mitpatienten einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.