



Anamnese-Fragebogen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
---------------	--------------	------------

Straße	PLZ, Ort
--------	----------

Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
------------------	----------------	---------------

E-Mail	Beruf, Arbeitgeber
--------	--------------------

Terminreminder SMS E-Mail

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	Geburtsort
---------------	--------------	------------

Straße	PLZ, Ort
--------	----------

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Anzeige
 Überweisender Arzt/Zahnarzt: Internet: Sonstiges:

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bösartige Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wenn ja, welche:

Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

wenn ja, welche:

Mundgesundheitsituation

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

<input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="radio"/> Implantate	<input type="radio"/> Schmerzbehandlung
<input type="radio"/> Neuer Zahnersatz	<input type="radio"/> Überweisung Zahnarzt	<input type="radio"/> Beratung
<input type="radio"/> Sonstiges: _____		

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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, damit wir diesen Termin anderweitig vergeben können! Lange Wartezeiten können so häufig vermieden werden!

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

	ja	nein
Infektionskrankheiten		
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: _____		
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, welche:		
<input type="radio"/> Herzmedikamente: _____		
<input type="radio"/> Cortison: _____		
<input type="radio"/> Schmerzmittel: _____		
<input type="radio"/> Antidepressiva: _____		
<input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente: (z. B. ASS, Marcumar, Heparin)		

<input type="radio"/> Bisphosphonate: _____		
<input type="radio"/> Sonstige: _____		
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, in welcher Woche: _____		