



ZAHNARZTPRAXIS DR. BEYER

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir freuen uns sehr Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. 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. Weiterhin weisen wir Sie darauf hin, dass das Ausfüllen des Anamnesebogens freiwillig ist.

Persönliches

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____

Telefon Festnetz _____ Telefon Mobil _____ Telefon Arbeit _____

E-Mail _____

Versicherung

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung Beihilfeberechtigt

Allgemeine Gesundheitssituation

Allergie ja nein

wenn ja, welche: _____

Falls ein Allergiepass vorhanden ist,
legen Sie uns diesen bitte vor

Glaukom ja nein

Herz-Kreislaufkrankungen ja nein

Herzinsuffizienz ja nein

Herzinfarkt ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Herzklappenfehler/-ersatz ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Einnahme Blutverdünner ja nein

Schlaganfall ja nein

Sonstige _____

Diabetes ja nein

Atemwegserkrankungen ja nein

Rheumatische Erkrankungen ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Osteoporose ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Tumorerkrankungen ja nein

Infektionskrankheiten ja nein

Hepatitis ja nein

HIV ja nein

Tuberkulose ja nein

Sonstige _____

Bitte wenden →

Hausarzt (Name und Ort): _____

ja nein

Rauchen Sie?

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

wenn ja, welche Woche: _____

Stillen Sie?

Nehmen Sie Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja Nein

wenn ja, welche: _____

Falls Sie einen Medikationsplan besitzen, legen Sie uns diesen bitte vor.

Mundgesundheitsituation

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

Vorsorgeuntersuchung

Beratung

Schmerzbehandlung

Neuer Zahnersatz

Überweisung

Zweite Meinung

Sonstiges _____

ja nein

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Kiefergelenks-, Kopf- oder Nackenschmerzen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

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

Gerne erinnern wir Sie an den nächsten Kontroll-Termin.

Möchten Sie an unserem Recall-System teilnehmen?

Ja

per Postkarte

per E-Mail

Nein

Bitte beachten Sie:

Wir sind eine reine Bestellpraxis, d.h. an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie

reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, **jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**.

Sollte es zu wiederholten Ausfallzeiten durch unabgemeldetes Fehlen kommen, behalten wir uns das Recht vor diese Zeit in Rechnung zu stellen.

Bitte informieren sie uns zeitnah wenn sich an den oben genannten Angaben etwas ändert (Sie zum Beispiel andere Medikamente einnehmen o.ä.)

Dieser Anamnesebogen wird einmal jährlich durch Ihre Unterschrift aktualisiert.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie ebenso, dass Ihnen die Datenschutzerklärung der Praxis ausgehändigt wurde und Sie diese vollumfänglich durchgelesen und verstanden haben und sich mit dieser einverstanden erklären.

Bitte auf der nächsten Seite unterschreiben →

Datum	Unterschrift