

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Sie zahnärztlich optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Allgemeinerkrankungen und Medikamenteneinnahmen zu beantworten. Wenn zukünftig Neuerkrankungen bei Ihnen diagnostiziert werden oder die Medikation umgestellt wird, teilen Sie uns das bitte mit. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass Ihre Daten zum Zwecke der Dokumentation und Abrechnung nach den gesetzlichen Vorschriften gespeichert und verarbeitet werden. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ im Wartezimmer.
Sollten Sie weitere Fragen haben, sind wir gerne für Sie da.

Sie können den Anamnesebogen ausdrucken und ausgefüllt zu Ihrem Termin mitbringen oder Sie füllen diesen am PC aus, speichern ihn ab und senden uns den Anamnesebogen per Mail an empfang@zaehnegrossundklein.de

Allgemeine Angaben des Patienten				
Name, ggf. Geb.name		Vorname		
geb. am		Beruf		
Versicherter (bei Familienversicherung)				
Name, Vorname		geb. am		
Versicherung				
gesetzliche Krankenkasse		private Zusatzversicherung	☐ ja	☐ nein
private Krankenkasse		Beihilfe	☐ ja	☐ nein
		Basistarif	☐ ja	☐ nein
Wer ist Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt? (Name, Ort)		Pflegegrad		
		vorhanden	☐ ja	☐ nein
Anschrift privat				
Straße		PLZ Ort		
Kontaktdaten				
Telefon privat		Mobiltelefon		Mail
Möchten Sie unseren Erinnerungsservice für Vorsorgeuntersuchungen (Recall) nutzen?				
☐ Erinnerung per SMS		☐ Erinnerung per Mail		☐ Erinnerung per Post

Grund Ihres Besuchs
☐ Kontrolluntersuchung ☐ Schmerzen ☐ Beratungswunsch zu: ☐ Sonstiges:
Letzter Zahnarztbesuch:
☐ vor ca. ____ Monaten ☐ vor ca. ____ Jahren

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
☐ Persönliche Empfehlung ☐ Internet ☐ Anzeige ☐ Sonstiges:

Allergien / Unverträglichkeiten			
☐ nein	☐ ja, folgende:		
	Allergiepass	☐ ja	☐ nein
Herz- / Kreislauferkrankungen			
☐ nein	☐ ja, folgende:		
	☐ Hoher Blutdruck (Hypertonie) ☐ Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ☐ Herzklappenerkrankung/-defekt ☐ Herzschrittmacher ☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Sonstige:		
	Herzpass	☐ ja	☐ nein
Blut- / Gefäßerkrankungen			
☐ nein	☐ ja, folgende:		
	☐ Erhöhte Blutungsneigung ☐ Schlaganfall ☐ Sonstige:		
Augenerkrankungen			
☐ nein	☐ ja, folgende:		
Knochen- / Muskelerkrankungen			
☐ nein	☐ ja, folgende:		
	☐ Osteoporose ☐ Rheuma ☐ Sonstige:		
Stoffwechselerkrankungen			
☐ nein	☐ ja, folgende:		
	☐ Diabetes ☐ Sonstige:		
Erkrankungen des Nervensystems			
☐ nein	☐ ja, folgende:		
	☐ Epileptische Anfälle ☐ Depressionen ☐ Angstzustände ☐ Sonstige:		
Tumorerkrankungen			
☐ nein	☐ ja, folgende:		
	☐ Bestrahlungstherapie ☐ Chemotherapie		
Sonstige Erkrankungen			
☐ nein	☐ ja, folgende:		

Lebererkrankungen		
☐ nein	☐ ja, folgende:	
Atemwegserkrankungen		
☐ nein	☐ ja, folgende:	
	☐ Asthma ☐ Chronische Bronchitis ☐ Sonstige:	
Infektionskrankheiten		
☐ nein	☐ ja, folgende:	
	☐ HIV ☐ Hepatitis ☐ Tuberkulose ☐ Sonstige:	
Magen- / Darmerkrankungen		
☐ nein	☐ ja, folgende:	
Nierenerkrankungen		
☐ nein	☐ ja, folgende:	
Rauchen		
☐ nein	☐ ja	
Drogenkonsum		
☐ nein	☐ ja, folgende:	
Medikamente		
☐ nein	☐ Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein:	
Sind Sie im Moment in ärztlicher Behandlung?		
☐ nein	☐ ja, wegen:	
	Behandelnder Arzt:	
Schwangerschaft		
☐ nein	☐ ja, in der ____ Schwangerschaftswoche	

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis und damit minimale Wartezeiten. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Vielen Dank.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Datum und Ihrer Unterschrift.

Schwarzach a. M., _____

Unterschrift