

Patienten-Anamnesebogen

Patient (Nachname)	Vorname	Geburtstag	Tel. mobil:
Strasse	PLZ	Ort	Tel. privat: Tel. (tagsüber):
Versicherter (Nachname)	Vorname	Geburtstag	E-Mail: Web:
Strasse	PLZ	Ort	Beruf:

- Private Kasse, welche: Beihilfe Selbstzahler (nicht versichert)
 Gesetzliche Kasse, welche: pflichtversichert freiwillig versichert
 Freie Heilfürsorge Sozialamt (Ort) PKV-Standardtarif

Rechnungsempfänger, wenn nicht Patient:

Überweisender Arzt/Zahnarzt, Adresse:

Ihr Behandlungs- bzw. Beratungswunsch (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Allgemeine Untersuchung / Behandlung
 Schmerzbehandlung / Notfall
 Systematische Kariesvorbeugung, Professionelle Zahnreinigung (PZR)
 Parodontose / Zahnfleischbluten / Zahnlockerung
 Mundgeruch schlechter Geschmack
 Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?
 Kieferorthopädische Behandlung / kosmetische Zahnregulierung
 Zahnersatz - Kronen, Brücken, Prothesen
 Implantate - fester Zahnersatz, Fixierung lockerer Prothesen
 Gebissanierung / Materialberatung / Kostenaufklärung
 Wünschen Sie die Behandlung unter Vollnarkose örtlicher Betäubung?
 Möchten Sie an die empfohlenen Vorsorgetermine schriftlich erinnert werden (Bonus)? per SMS per Brief

Um Komplikationen bei Ihrer Behandlung vorzubeugen, bitten wir um einige Auskünfte zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte zutreffendes ankreuzen.

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankung?

- Asthma / Atemnot / Anfallsleiden / Epilepsie
 Allergische Reaktionen (z.B. Betäubungsspritzen, Penicillin, Nickel, Latex oder andere). Wenn ja, welche:
 Unverträglichkeit von Medikamenten. Wenn ja, welche:
 Schlaganfall / Lähmungen
 Hoher / niedriger Blutdruck
 Herz- / Kreislaufkrankung (z.B. Herzinfarkt / Angina pectoris / Schrittmacher). Wenn ja, welche?
 Migräne, Akrozyanose, kalte Hände
 Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht (Hepatitis) / AIDS / TBC / Sonstige. Wenn ja, welche?
 Zuckerkrankheit (Diabetes). Wenn ja, Typ1 oder Typ2?
 Magen-Darmerkrankungen, Nierenerkrankung
 Blutgerinnungsstörungen, Blutverdünnung (z.B. Einnahme von Marcumar, Godamed, Aspirin, Lebererkrankung)
 Neurologische Erkrankung, Depressionen, Angstzustände, Zahnarztphobie
 Tumorerkrankung
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)

Nennen Sie sonstige zur Zeit bestehende Krankheiten:
 Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche:
 Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne?

Bitte legen Sie einen ggf. vorhandenen Röntgen- oder Allergiepass vor.

Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft / Stillzeit ja nein ungewiss

Teilen Sie uns bei folgenden Besuchen bitte ggf. Änderungen des Gesundheitszustandes mit!

- Die Patienteninformation bzgl. der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen.**
 (bitte ankreuzen)

.....
 Datum

.....
 Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten