

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Praxis-Team von DIE 32, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>	Telefon privat	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>	Telefon mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Hausarzt	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>

Krankenkasse

Mitglied
(falls nicht selbst versichert)

gesetzlich versichert privat versichert privat zusatzversichert privatversicherter Basistarif

Ihr Hauptanliegen beim Zahnarzt

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten?

Herz-/Kreislaufkrankungen

<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Schrittmacher	<input type="checkbox"/> Klappenersatz	<input type="checkbox"/> Herzfehler
<input type="checkbox"/> Endokarditis	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/> Stent	<input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/>	

Infektionskrankheiten

<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B,C)	<input type="checkbox"/> TBC (Tuberkulose)
<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJD)	<input type="checkbox"/> Varianten von CJD	<input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/>

Leiden Sie an folgenden anderen Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Engwinkelglaukom
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen (auch in der Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/>	

Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	<input type="text"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="text"/>
Allergien / Überempfindlichkeiten (Heuschnupfen, Asthma, bestimmte Medikamente (Penicillin), Latex, Sonstige)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="text"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (z.B. Bisphosphonate, Marcumar, ASS, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="text"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie einen Gelenkersatz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Sind Sie immunsupprimiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?	<input type="text"/>			

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie besondere Wünsche oder Fragen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

UNSER SERVICE FÜR SIE

Wünschen Sie eine Erinnerung an jährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen und Zahnreinigungen (Recall)?
 ja nein

Sollten Modelle von Ihnen hergestellt werden, dürfen wir diese an unser Deutsches Meisterlabor weiterleiten?
 ja nein

Möchten Sie Praxisinformationen per Post oder E-Mail erhalten?
 ja nein

Vielen Dank für Ihre Zeit und dafür, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben!

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer umseitigen und obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten zu.