

Anamnesebogen

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort	E-Mail
Telefon	Handynr.	Beruf

Wünschen Sie eine SMS Terminerinnerung? ☐ Nein ☐ Ja, Handynr. / Provider

☐ selbst versichert ☐ versichert mit: ☐ Ehemann ☐ Ehefrau ☐ Vater ☐ Mutter

Name	Vorname	Geburtsdatum

Krankenkasse	Arbeitgeber

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ☐ Nein ☐ Ja,

Sind Sie ein ängstlicher Patient? / Zahnarztphobie? ☐ Ja ☐ Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ☐ Auf Empfehlung von Bekannten ☐ Internet ☐ Sonstiges

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...		Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, an den Nebenhöhlen, am Hals, an der Nase oder an den Ohren) geröntgt? Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?
Herz oder Kreislauf	☐ Ja ☐ Nein	☐ Nein ☐ Ja,
Lunge	☐ Ja ☐ Nein	Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?
Blut	☐ Ja ☐ Nein	☐ Nein ☐ Ja,
Leber	☐ Ja ☐ Nein	Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo?
Nieren	☐ Ja ☐ Nein	☐ Nein ☐ Ja,
Schilddrüse	☐ Ja ☐ Nein	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
Magen-Darm-Trakt	☐ Ja ☐ Nein	☐ Nein ☐ Ja,
Gelenken (Rheuma)	☐ Ja ☐ Nein	Haben Sie einen Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein
Creutzfeld Jakob	☐ Ja ☐ Nein	Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

Haben oder hatten Sie jemals ...		Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?
Hohen Blutdruck	☐ Ja ☐ Nein	☐ Nein ☐ Ja,
Zucker (Diabetes)	☐ Ja ☐ Nein	Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?
Fallsucht (Epilepsie)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Nein ☐ Ja,
Gelbsucht (Hepatitis)	☐ Ja ☐ Nein	
Grünen Star	☐ Ja ☐ Nein	
Zahnfleischbluten	☐ Ja ☐ Nein	
Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“?	☐ Ja ☐ Nein	
Neigen Sie zu Blutungen?	☐ Ja ☐ Nein	
Sind Sie HIV positiv?	☐ Ja ☐ Nein	

Wünschen Sie über unser Mundgesundheits-Programm informiert zu werden? ☐ Ja ☐ Nein

Wollen Sie an unserem Recallsystem teilnehmen? ☐ Ja ☐ Nein

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten, bzw. mind. einen Tag vorher abzusagen. Nicht abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Für Falschangaben haftet der Patient bzw. der gesetzliche Vertreter in rechtlicher und finanzieller Hinsicht. Der Behandler kann bei Falschangaben für evtl. entstandene Schäden nicht haftbar gemacht werden.

Ich habe den vorangehenden Absatz gelesen und verstanden. Alle Fragen sind von mir wahrheitsgemäß beantwortet worden.

Datum	Unterschrift