

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patient	Vorname	Geburtsdatum
---------	---------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon / Handy (für dringende Notfälle)
--------------------	----------	--

Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
--------------------	---------	--------------

Beruf	Arbeitgeber	Telefon /Telefax
-------	-------------	------------------

Haben Sie eine Zusatzversicherung oder PZR Versicherung? ☐ Ja ☐ Nein

Neupatienten

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

☐ Jameda ☐ Homepage ☐ sonstiges im Internet

☐ Implantate Keramikfüllungen/Inlays
☐ Amalgamsanierung/Amalgamausleitung
☐ Bleaching
☐ Sonstiges.....

Ist Ihnen die Ästhetik:

sehr wichtig ☐, wichtig ☐, nicht so wichtig ☐, total unwichtig ☐

Gefällt Ihnen Ihr Lächeln / Ihre Zähne Ja ☐ Nein ☐

☐ Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?

☐ Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Z. vorhandenen Beschwerden?

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches?

.....



Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Osteoporose?	☐	☐	Schwangerschaft	☐	☐
Bisphosphonate?	☐	☐	Atemnot oder Brustschmerzen	☐	☐
Metallgeschmack?	☐	☐	Grüner Star (Glaucom)	☐	☐
Hoher oder niedriger Blutdruck	☐	☐	Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Werte:/.....			Tuberkulose	☐	☐
Blutgerinnungsstörungen	☐	☐	Asthma	☐	☐
Haben Sie eine Allergie?	☐	☐	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐	☐
Welche?			Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	☐	☐	AIDS / Nosokomiale Infektion	☐	☐
Welche?			Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus	☐	☐
Sind jemals Probleme bei ärztlichen Behand-	☐	☐	Stoffwechselerkrankungen	☐	☐
lungen aufgetreten?			Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	☐	☐
Welche?					
Bestehen andere Erkrankungen	☐	☐			
Welche?					

Sollte im Rahmen Ihrer Behandlung eine Betäubung/Lokalanästhesie notwendig sein, beachten Sie bitte, dass eine Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstauglichkeit möglich ist, und Sie daher im Straßenverkehr besonders vorsichtig sein sollten.

Damit wir möglichst viel Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben, versuchen wir auf dem Wege modernster Arbeitsteilung den Zeitaufwand für die Praxisverwaltung so gering wie möglich zu halten. Daher werden wir die Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft Health AG mit der Erstellung und dem Einzug unserer Liquidation beauftragen. Die ZA erhält hierzu von uns die erforderlichen Daten, die jedoch, mit Ausnahme Ihrer Adresse nicht gespeichert werden.

Wir möchten Sie bitten, Ihr Einverständnis zu diesem Verfahren mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten