

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr ZahnTeam

Privat Dozent Dr.med.dent. Mihatović und Kollegen

Persönliches (bitte ausfüllen):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

Email

Beruf, Arbeitgeber

Ich wünsche keine Terminerinnerung per SMS

Versicherung (bitte ausfüllen):

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, nennen Sie uns bitte den Versicherten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (bitte ausfüllen)

Bei wem dürfen wir uns für die Empfehlung bedanken? _____

Im Vorbeigehen Überweisender Arzt: _____

Google



Bitte wenden

Allgemeine Gesundheitssituation (bitte alle Fragen beantworten):

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn ja, welche:		

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (Medikamente/Penicillin/Latex,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn ja, welche:		

Sonstige Erkrankungen:

Hausarzt: _____

	Ja	Nein
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:		

Nehmen Sie **Medikamente** ein?

... wenn ja, welche:

Herzmedikamente: _____

Cortison: _____

Schmerzmittel: _____

Antidepressiva: _____

Blutverdünnende Medikamente:

(z.B. ASS/Marcumar/Heparin): _____

Sonstige: _____

Rauchen Sie? (____Zig./Tag)

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welcher Monat? _____

Mundgesundheitsituation:

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung

Beratung

Schmerzbehandlung

Neuer Zahnersatz

Überweisung Zahnarzt

Zweite Meinung

Sonstiges: _____

Sind Sie mit der Stellung / Farbe / Form Ihrer Zähne unzufrieden?

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR/Prophylaxe)?

Würden Sie sich Behandlung unter Vollnarkose oder Sedierung wünschen?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen nicht eingehaltene Termine nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

_____._____.2023
Datum

~~X~~

Unterschrift