

ANAMNESEBOGEN

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Anschrift Postleitzahl _____ Ort _____
 Straße/Nr. _____ Telefon _____
 E-Mail-Adresse _____ mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/
 Privatkrankenkasse _____ beihilfeberechtigt Zahnzusatzversicherung freiwillig versichert

ALLGEMEINE SITUATION

ja nein

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)
 Andere Allergien
 Wenn ja, welche?

Schilddrüsenüberfunktion
 Schilddrüsenunterfunktion
 Herzerkrankungen
 Hoher Blutdruck
 Niedriger Blutdruck
 Blutgerinnungsstörungen, z.B.
 verlängerte Blutung bei Schnittwunden
 oder nach Operationen
 Infektionskrankheiten: Hepatitis/TBC/HIV
 Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?
 Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?
 Wenn ja, wieviel?

ZAHN-MUND-SITUATION

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

ja nein

Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang
 Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)
 Schmerzen am Kopf/Nacken

Tragen Sie Zahnersatz?
 Seit wann? Seit _____ Jahren.

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne,
 kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?

Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam
 grundsätzlich ab?

Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven
 Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung
 durchgeführt worden?

**BITTE WENDEN! WEITERE INFORMATIONEN
 FINDEN SIE AUF DER RÜCKSEITE.**



Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? Vor _____ Monaten

bei Zahnarzt _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja, ich bin in der _____ Woche.

Nein

Ungewiss

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Ich willige ferner ein, dass die Zahnärzte des Zahnarztnetzwerkes die Pluszahnärzte[®], welche ich ggfs. zur weiteren Behandlung aufsuche, Einsicht in die Patientenakte nehmen dürfen, soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung der weiteren Behandlung notwendig ist. Insbesondere gilt dies zur Vermeidung von Doppelbehandlungen und mehrfachen Röntgenuntersuchungen.

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)