

Liebe Patientin, lieber Patient, - herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten zu können und damit wir uns so gut wie möglich auf Ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche einstellen können, beantworten Sie bitte folgende Fragen möglichst vollständig:

Ihre persönlichen Daten:

Herr/ Frau/ Dr./Kind _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift _____
Strasse Postleitzahl/Wohnort

Telefon tagsüber Telefon privat E-Mail Adresse
Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die **E-mail**-Adresse nur für den Recall- oder für Terminbestätigungen benötigt wird und keinesfalls an Dritte weitergegeben wird!

Name der Krankenversicherung _____ ich bin gesetzlich freiwillig versichert
 beihilfeberechtigt zusatzversichert

Beruf /Arbeitgeber _____

Mitglied/ Zahlungspflichtiger: (nur wenn abweichend)

Herr/ Frau/ Dr./Kind _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift _____
Strasse Postleitzahl/Wohnort

Kommen Sie auf Empfehlung in unsere Praxis? nein ja, durch _____

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

(alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht)

- Herzinfarkt (wann?) _____
- Herzoperationen? (wann? welche?) _____
- Endokarditis/ Herzpass/ Herzschrittmacher ? _____
- Schlaganfall (wann?) _____
- Blutdruck niedrig normal hoch
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) _____
- Unverträglichkeit von Medikamenten(welche?) _____
- Bluterkrankungen/ -gerinnungsstörungen (welche?) _____
- Gelbsucht/ Leberkrankheiten (wann?) _____
- Allergien (welche?) _____

(Fortsetzung auf der Rückseite)

- Diabetes**
- HIV-Infektion**
- TBC**
- Schilddrüsenerkrankung**
- Asthma**
- Haben Sie **sonstige Erkrankungen?** _____

Rauchen Sie? nein ja Wie viel/Tag _____

Besteht eine **Schwangerschaft**? nein ja, Woche _____

Datum der letzten **zahnärztlichen Röntgenuntersuchung** ca. _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? nein ja, Welche? _____

Haben Sie **Zahnfleischbluten**? nein ja

Schnarchen Sie? nein ja **Knirschen** Sie? nein ja

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Benutzen Sie **Zahnseide** oder andere **Hilfsmittel**? nein ja Welche? _____

Sind Sie mit Ihrer **Zahnfarbe** zufrieden? ja nein

Wünschen Sie Informationen über neue/ zeitgemäße Behandlungsmethoden?:

- Prophylaxe** - gesunde Zähne ein Leben lang
- Bleaching** (professionelle Zahnaufhellung)
- Möglichkeiten der **ästhetischen Zahnmedizin (z.B. Veneers)**
- Sind Sie an **Amalgamalternativen** interessiert?
- Implantate** - die künstlichen Zahnwurzeln

Möchten Sie von uns an Kontrolltermine (ca. alle 6 Monate) erinnert werden? ja nein
bei "ja" bitte auf der Vorderseite E-Mail Adresse eintragen

Vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Sollte das Ausfüllen des Bogens Ihnen bei irgendeinem Thema Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Wir sind gerne für Sie da !

Wie Sie sicher bald feststellen werden, kommt es in unserer Praxis kaum zu längeren Wartezeiten - dies liegt vor allem an unserem gut organisiertem **Bestellsystem**. Wir halten diese Termine speziell für Sie frei. Um Ihnen und uns Ärger zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten oder bei Verhinderung rechtzeitig, spätestens aber **24 Stunden** vorher abzusagen.

Haben Sie bitte auch Verständnis dafür, dass Sie in unserer Bestellpraxis **unangemeldet**, z.B. infolge akuter Schmerzen, u.U. mit **längeren Wartezeiten** rechnen müssen.

Betäubungsmittel können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift