



## 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. Bitte füllen sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus, damit wir auf Ihre Wünsche bestmöglich eingehen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnärzte Philipp Grüner & David Kirchoff

### Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

### Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert       Privat versichert       Zusatzversicherung

Basistarif       Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch oder noch keine 18 Jahre alt, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

### Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein		Ja	Nein
			Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja welche: _____		
_____		
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche: _____		
_____		
Grüner Star / Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen: _____		
_____		

Infektionskrankheiten:

	Ja	Nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

- Herzmedikamente:  
 Cortison: \_\_\_\_\_  
 Schmerzmittel: \_\_\_\_\_  
 blutverdünnende Medikamente:

\_\_\_\_\_ (z.B. ASS, Marcumar, Heparin):

Sonstige: \_\_\_\_\_

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_

Mundgesundheit

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung             | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz     | <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Zweite Meinung    |

	Ja	Nein
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dürfen wir Sie jährlich an Ihre Kontrolle beim Zahnarzt erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift