

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name/Vorname _____ Geburtsdatum/Geburtsort _____
 Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____
 Tel. privat _____ Tel. mobil _____
 E-Mail _____ Beruf _____
 Krankenversicherung? _____ Basistarif Ja ☐ Nein ☐ Zusatzversicherung Ja ☐ Nein ☐

Bestimmungen, welche tarifbedingte Vertragsbestandteile des Versicherungsvertrages im reinen Innenverhältnis zwischen Versichertem und Versicherer sind, haben keinen Einfluss auf die Berechenbarkeit von Leistungen nach der GOZ.

Falls mitversichert, wer ist Versicherter?

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Zurzeit bestehende Erkrankungen

Herz/Kreislaufkrankung, wenn ja, welche? _____

Bluterkrankung, wenn ja, welche? _____

Allergie, wenn ja, welche? _____

Magen-Darmerkrankung Ja ☐ Nein ☐ Diabetes Ja ☐ Nein ☐ Depressionen Ja ☐ Nein ☐

Niereninsuffizienz Ja ☐ Nein ☐ Epilepsie Ja ☐ Nein ☐ Asthma Ja ☐ Nein ☐

Hepatitis Ja ☐ Nein ☐ HIV Ja ☐ Nein ☐ Tuberkulose Ja ☐ Nein ☐

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Telefonnr.) _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Pflegegrad vorhanden Ja ☐ Nein ☐ Bisphosphonate Ja ☐ Nein ☐ Medikamentenpass Ja ☐ Nein ☐

Drogen/Alkoholkonsum Ja ☐ Nein ☐ Gelenkersatz Ja ☐ Nein ☐ Schwangerschaft, Woche: _____

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf-Kieferbereich angefertigt (wenn ja, wo?) _____

Terminreminder

Einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen per Brief/E-Mail Ja ☐ Nein ☐

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____

Datum, Unterschrift _____