



## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können, bitten wir Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ihre Dr. Stephanie Franzen und Team**

### Persönliches

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil	
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber		
Terminerinnerung	<input type="checkbox"/> SMS	<input type="checkbox"/> E-Mail	

### Versicherung

Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen	<input type="checkbox"/> Anzeige: _____
<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____	<input type="checkbox"/> Internet: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

## Allgemeine Gesundheitssituation

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

wenn ja, welche:

---



---

Sonstige Erkrankungen:

---



---

	ja	nein
Infektionskrankheiten:		
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:

<input type="checkbox"/>	Herzmedikamente:	<hr/>
<input type="checkbox"/>	Cortison:	<hr/>
<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel:	<hr/>
<input type="checkbox"/>	Antidepressiva:	<hr/>
<input type="checkbox"/>	blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin) :	<hr/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige:	<hr/>

Rauchen Sie?

 

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

 

wenn ja, welche Woche:

---

## Mundgesundheitsituation

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
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: <hr/>				

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

 

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)?

 

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich / jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?

 

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

---

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift