

ZAHNMEDIZIN IM ODERLAND

ZAHNARZTPRAXIS & KIEFERORTHOPÄDIE
MAGAZINSTRASSE 1 | 16269 WRIEZEN



Anamnesebogen für Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis,

bitte füllen Sie den Anamnesebogen sorgfältig aus.

Diese Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Sollten sich Änderungen ergeben, bitten wir Sie uns unverzüglich zu informieren.

Vielen Dank

Noch ein Hinweis zur Organisation

Bitte erscheinen Sie pünktlich zu Ihren vereinbarten Terminen. Sollten sie einen Termin nicht einhalten können, geben sie uns bitte spätestens 24 h vorher Bescheid. Vielen Dank

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen. Wir sind berechtigt, diese Zeit auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis

Anamnesebogen für Erwachsene

Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Beruf

Ihre Versicherung

Name der Versicherung

beihilfeberechtigt

Zahnzusatzversicherung

Allgemeine Angaben

Leiden Sie derzeit oder litten Sie unter folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Medikamentenallergie (z.B. Penicillin) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Andere Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Hoher / Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Fehlfunktion der Schilddrüse <input type="checkbox"/> |
| Asthma / Atemnot | <input type="checkbox"/> | Medikamentenallergie (z.B. Penicillin) <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen (Herzschrittmacher?) | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> | Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose (Bisphosphonattherapie?) | <input type="checkbox"/> | Epilepsie <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Regelmäßige Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Sind Sie Raucher / -in?

Ja Nein

Haben oder hatten Sie Verletzungen im Kiefer- Gesichtsbereich?

Ja Nein

Haben Sie die Anästhesie beim Zahnarzt immer gut vertragen?

Ja Nein

Haben Sie Zahnfleischbluten?

Ja Nein

Haben Sie Geräusche / Schmerzen im Kiefergelenk?

Ja Nein

Tragen Sie einen Zahnersatz?

Ja Nein

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?

Ja Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?

Für weibliche Patienten

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

In der ____ ten Schwangerschaftswoche

Stillen Sie?

Ja Nein

Was ist der Grund Ihres heutigen Besuches?

Wurden Sie an unsere Praxis empfohlen / überwiesen?



Datum

Unterschrift