

Anamnesebogen

Edelweiß

ZAHNARZTPRAXIS AM ROTENBÜHL

Vorname: _____
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Handy: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind,
wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Ich bin privat versichert: im Basistarif nicht im Basistarif
 beihilfeberechtigt

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Beschwerden Ja Nein
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Ja Nein
Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein
Kontrolluntersuchung Ja Nein
Sind Sie an einer Professionellen Zahnreinigung interessiert? Ja Nein

Sind Sie bereit, für eine hochwertige Behandlung eine
Zuzahlung zu leisten? Ja Nein

Wünschen Sie halbjährlich ein Erinnerungsschreiben für
Ihre nächste zahnärztliche Kontrolluntersuchung? Ja Nein

Haben/hatten Sie eine Bisphosphonattherapie? Ja Nein

Wurden in dem vergangenen Jahr Röntgenbilder von Ihnen
erstellt? Ja Nein

Von welchem Zahnarzt? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Besteht ein Pflegegrad? Welcher: _____ Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel täglich: _____

Besteht oder bestand eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit? Ja Nein

Besteht eine psychische Erkrankung? Ja Nein

Bestehen Gesundheitliche Risiken

Osteoporose Ja Nein
Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein
Blutgerinnungsstörung Ja Nein
Nierenerkrankung Ja Nein
Diabetes Typ _____ Ja Nein
Sonstige Erkrankung: _____

Leiden Sie an Herz-/Kreislaufkrankungen?

Bluthochdruck Ja Nein
Herzklappenfehler Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein
Herzoperation Ja Nein
Sonstige: _____

Bestehen oder bestanden Infektionskrankheiten?

HIV Ja Nein
Hepatitis A B C
Tuberkulose Ja Nein
Sonstige: _____

Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeit?

Lokalanästhesie (Spritze) Ja Nein
Antibiotikum Ja Nein
Medikamente Ja Nein
Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____