

Anamnesebogen

Liebe Patientinnen, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der zahnärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Dr. Marilyn Hiller und Team.

Persönliches

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
Email

Versicherung

.....
Krankenkasse

☐ Gesetzlich versichert

☐ Privat versichert

☐ Zusatzversicherung

☐ Basistarif

☐ Beihilfeberechtigt

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

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

Allgemeine Gesundheitssituation

Wer betreut Sie Allgemeinärztlich?

Wann wurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt?

.....

.....

Haben Sie einen **Pflegegrad**?

ja nein
☐ ☐

Wenn ja, benötigen wir bitte einen Nachweis.

Haben Sie ein vollständig geführtes **Bonusheft**?

ja nein
☐ ☐

Bitte wenden!

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	☐	☐	Infektionskrankheiten:			Sonstige Erkrankungen	☐	☐
Niedriger Blutdruck	☐	☐	HIV	☐	☐	Wenn ja, welche:		
Blutgerinnungsstörung	☐	☐	Hepatitis	☐	☐			
Schlaganfall	☐	☐	Tuberkulose	☐	☐			
Diabetes	☐	☐	Sonstige:	☐	☐			
Herzerkrankungen	☐	☐	Wenn ja, welche:					
Wenn ja, welche:								
.....								
.....								

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Herzschrittmacher	☐	☐	Für unsere Patientinnen:			Nehmen Sie Medikamente?	☐	☐
Schilddrüsenüberfunktion	☐	☐	Sind Sie schwanger?	☐	☐	Wenn ja, welche:		
Schilddrüsenunterfunktion	☐	☐	Wenn ja, welche Woche:			☐ Herzmedikamente		
Allergien	☐	☐	Rauchen Sie?	☐	☐	☐ Cortison		
Wenn ja, welche:			Augenerkrankungen	☐	☐	☐ Schmerzmittel		
.....			Wenn ja, welche:			☐ Antidepressiva		
.....						☐ Blutverdünnende Medikamente		
.....						(z.B. ASS, Marcumar, Heparin)		
								
						Gern können Sie uns Ihren Medikamentenpass		
						geben.		

Mundgesundheitsituation

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	☐	☐
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	☐	☐
Haben Sie Kopfschmerzen oder Nackenprobleme?	☐	☐
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	☐	☐
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	☐	☐
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährig / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	☐	☐
Traten bei einer früheren zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?	☐	☐

Erinnerungs-Service (Recall)

Dürfen wir Sie jährlich an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnern?

☐ ja ☐ nicht gewünscht

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

.....

Ich habe die Datenschutzerklärung (Aushang im Wartezimmer) zur Kenntnis genommen ☐ ja ☐ nein

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben. Sollte sich an den von Ihnen gemachten Angaben etwas ändern, teilen Sie uns dies bitte unaufgefordert mit. Vielen Dank.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift