



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir freuen uns sehr, Sie im Zahnzentrum Fischbach begrüßen zu dürfen.
Damit wir Ihren Besuch auf Ihre Bedürfnisse und Wünsche anpassen können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben.
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Team des Zahnzentrum Fischbach

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
Email	Beruf Arbeitgeber	

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

Wir wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Internet	
<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Arztbewertungsportal
<input type="checkbox"/> Anzeige: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige 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"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<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? ja nein

wenn ja, welche:

Herzmedikamente: _____

Cortison: _____

Schmerzmittel: _____

Antidepressiva: _____

Blutverdünnende Medikamente
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin, Eliquis): _____

Bisphosphonate

Sonstige:

Rauchen Sie? ja nein

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, welche Woche: _____

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung

Neuer Zahnersatz Sonstiges: _____

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich / jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?		

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Dies bedeutet, dass Ihre Termine individuell für Sie reserviert sind und wir Ihnen dadurch möglichst kurze Wartezeiten ermöglichen können.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen bis spätestens 24h vor dem Termin abzusagen. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)