

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Um Sie nachhaltig behandeln zu können, benötigen wir vorab wichtige Informationen zur Ihrem Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich Ihrer Behandlung. Für alle weiteren Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Vielen Dank!

Persönliche Angaben

Name, Vorname: -----

Geburtsdatum: -----

Telefon: -----

Handy: -----

E-Mail: -----

Geschlecht: männlich weiblich

Straße/Haus-Nr.: -----

PLZ/Ort: -----

Krankenkasse: -----

Zusatzversicherung: ----- (Name & Tarif)

Bonusheft: nein ja ..., seit 5 Jahren 10 Jahren

Angestellter im öffentlichen Dienst und damit beihilfeberechtigt? nein ja

Berufstätigkeit/Arbeitgeber: -----

Ich bin über meinen Ehegatten / meine Ehegattin / meine Eltern versichert ...

Name: -----

Vorname: -----

Geburtsdatum: -----

Straße: -----

PLZ/Ort: -----

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung: nein ja ..., von -----

Internet: Google Jameda Facebook Instagram

Zeitschriften: Kredo Crevelt Life Stadteilmagazin Top Magazin

Zeitungen: ExtraTipp Welt Rheinische Post Westdeutsche Zeitung

Plakatwerbung Flyer Sonstiges -----



Haben Sie gesundheitliche Beschwerden?

- Allergien: nein ja ..., _____ Penicillin Latex Allergiepass
- Medikamenteneinnahme: nein ja ..., Medikamente: _____
- Herzerkrankung: nein ja ..., Infarkt Entzündung Herzschrittmacher
 Herklappenersatz ... wenn ja, wann? _____
- Schlaganfall: nein ja
- Bluthochdruck: nein ja
- Gerinnungsschwäche: nein ja
- Kreislaufschwäche: nein ja
- Herzrhythmusstörungen: nein ja
- Infektiöse Erkrankung: nein ja ..., HIV-positiv Hepatitis B Hepatitis C
- Diabetes: nein ja ..., Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2
- Organtransplantation: nein ja ..., welche _____
- Bestrahlung (Kopf-/Halsbereich): nein ja
- Chemotherapie: nein ja
- Knochenschwund (Osteoporose): nein ja ..., Medikament _____
- Epilepsie: nein ja
- KH-Aufenthalt letzte 24 Monate: nein ja ..., Grund _____ Datum _____
- Raucher: nein ja ..., Zigaretten pro Tag _____
- Schwangerschaft: nein ja ..., im ___ Monat
- Schilddrüsenfunktionsstörung: nein ja ..., Über- Unterfunktion
- Leberfunktionsstörung: nein ja
- Nierenfunktionsstörung: nein ja
- Magen-Darm-Erkrankung: nein ja
- Erkrankung der Atemwege: nein ja ..., welche? _____
- Körperliche/geistige Behinderung: nein ja

Leiden Sie unter...?

- Kopfschmerzen: nein ja
- Verspannungen im Kopf/Nacken: nein ja
- Schmerzen in der Kaumuskulatur: nein ja
- Ohrgeräusche: nein ja
- Lippenbeißen: nein ja
- Nägelkauen: nein ja
- Probleme mit der Körperhaltung: nein ja
- Zahnarztangst: nein ja

Tragen Sie/haben Sie getragen?

- Zahnprothese/Teilprothese: nein ja
- Kronen/Brücken: nein ja, Jahr der Versorgung: _____
- Implantatversorgung: nein ja, Jahr der Versorgung: _____ Implantatpass
- Lose Spange: nein ja, seit _____, bis _____
- Feste Spange: nein ja, seit _____, bis _____
- Schienen: nein ja, seit _____, bis _____

Wünschen Sie eine Beratung zu eines der folgenden Themen?

- Ästhetik: nein ja
- Veränderung meiner Zahnform: nein ja
- Veränderung meiner Zahnstellung: nein ja
- Aufhellung meiner Zähne: nein ja
- Festsitzender Zahnersatz: nein ja
- Behandlung unter Vollnarkose: nein ja

Haben Sie weitere Wünsche oder Anliegen?

Ich habe den Anamnesebogen aufmerksam gelesen, alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet und bin damit einverstanden, dass mir bei Nichteinhaltung des Termins bzw. einer verspäteten Absage des Termins von unter 24 Stunden ein Ausfallhonorar in Höhe von 100 € in Rechnung gestellt wird.

Krefeld, den _____
Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Behandler

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin, wenn vorhanden, Ihre Röntgenbilder mit!

Gesprächsnotiz

Hauptanliegen:

Nebenanliegen:

Allg. Anamnese:

Spezielle Anamnese:

Patientengeschichte:

Sonstiges:
