

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: _____ Versicherungsnummer: _____

Zusatzversicherung: _____ Zusatz-Versicherungsnummer: _____

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 Facebook Instagram

Zeitung/Zeitschriften? nein ja..., welche? _____

Plakatwerbung Flyer Sonstiges _____

Haben Sie gesundheitliche Beschwerden?

Allergien:	nein	ja ..., _____	Penicillin	Latex	Allergiepass
Medikamenteneinnahme:	nein	ja ..., Medikamente: _____			
Herzerkrankung:	nein	ja ...,	Infarkt	Entzündung	Herzschrittmacher
			Herzklappenersatz ... wenn ja, wann? _____		
Schlaganfall:	nein	ja ..., wenn ja, wann? _____			
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? _____			
Krebserkrankung:	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 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

Warum kommen Sie zu uns?

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:
