

Anamnesebogen



Sehr geehrte Damen und Herren,

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort noch nicht im Klaren sind, klären wir das gerne in einem persönlichen Gespräch. Bitte sprechen Sie uns an.

Vielen Dank!

Persönliche Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl	Stadt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Festnetz (privat)	Festnetz (geschäftlich)	Mobil
<input type="text"/> @ <input type="text"/>		
E-Mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Beruf	Arbeitgeber	

Angaben zu Ihrer Versicherung

Mitversichert bei:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname	Geburtsdatum

Falls Sie mit versichert sind: **Hat der Hauptversicherte die gleiche Adresse?** Ja Nein

Falls nein:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl	Stadt

Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:

Name Ihrer Krankenkasse: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein
Sind Sie *freiwillig* versichert? Ja Nein

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:

Name Ihrer Krankenversicherung: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? (wichtig für Ihre Erstattungsansprüche) Ja Nein
Haben Sie **Spezialtarife** oder Zusatzabkommen? Ja Nein
(Falls ja, sprechen Sie uns bitte persönlich bezüglich der Modalitäten an.)



Allgemeinmedizinische Anamnese

1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Ihr Hausarzt _____
2. Nehmen sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?..... Ja Nein
Wenn ja, Welche? _____
4. Spezielle Medikamente
- Antidepressiva (wichtig für chirurg. Eingriffe!)..... Ja Nein
- Gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin)..... Ja Nein
- Schmerzmittel..... Ja Nein
- Bisphosphonate im Rahmen einer Osteoporosetherapie im letzten Jahr..... Ja Nein
5. Bluten Sie lange nach einer Verletzung?..... Ja Nein
- Hatten Sie jemals:**
6. Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?..... Ja Nein
(z.B. Jod, Penicillin etc.)?
7. Asthma, Heuschnupfen oder Allergien?..... Ja Nein
8. Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen?..... Ja Nein
(z.B. Hyper-, Hypotonie, Endokarditis, Herzklappenersatz-, Infektionen)?
9. Rheumatische Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen?..... Ja Nein
10. Lebererkrankungen..... Ja Nein
(z.B. Gelbsucht)?
11. Diabetes (Zuckerkrankheit)?..... Ja Nein
12. Atemwegserkrankungen?..... Ja Nein
13. Nierenerkrankungen?..... Ja Nein
14. Infektiöse Erkrankungen?..... Ja Nein
(z.B. Tuberkulose, AIDS, HIV, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten)?
15. Leiden Sie unter Schlafapnoe und/oder Schnarchen?..... Ja Nein
16. Schilddrüsenprobleme?..... Ja Nein
17. Epileptische Anfälle?..... Ja Nein
18. Rauchen Sie?..... Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____
19. Trinken Sie Alkohol?..... Ja Nein
Wenn ja, wie viele Einheiten pro Woche (1 Glas Bier/Wein ist eine Einheit)? _____
20. Nehmen Sie Drogen?..... Ja Nein
21. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?..... Ja Nein
Wenn ja, welche Woche? _____



Zahnmedizinische Anamnese

1. Haben Sie Beschwerden an den Zähnen?..... Ja Nein
Wenn ja, wo? _____
2. Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch?..... Ja Nein
Wenn ja, wo? _____
3. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?..... Ja Nein
4. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? Ja Nein
Wenn ja, was? _____
5. Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder
Gesichtsbereich?..... Ja Nein
6. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals-, oder Schulterschmerzen?..... Ja Nein

Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches bei uns ?

Haben Sie spezielle Wünsche an uns?

- Prophylaxe
- Zahnsanierung
- Schientherapie/Funktionsanalyse
- Implantate
- Nein Ästhetik
- Halitosis (Mundgeruch) etc.
- Angsttherapie

Durch wen wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Hier noch einige wichtige Informationen für Sie:

- Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein.
- Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Sie regelmäßig an die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Mundhygieneterminale / Recalls erinnern.
- **Bitte wählen wie Sie für die Recall-Untersuchung kontaktiert werden möchten.....Brief Email Anruf SMS**
- **Da wir eine reine Bestellpraxis sind behalten wir uns vor für fest reservierte Termine, die ohne Absage (weniger als 24 Stunden) nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr von 75 Euro je angefangene halbe Stunde zu berechnen.**
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes gebe ich unverzüglich an Sie weiter.
- Ich versichere hiermit, das die von mir gegebenen Informationen korrekt sind. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten, inklusive Röntgenbildern und Photographien und deren Kopien und Reproduktionen für wissenschaftliche Zwecke verwendet, und an medizinische Kollegen, Versicherungen und Inkasso Unternehmen auf Anfrage weitergeleitet werden dürfen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, sowie die Kenntnisnahme und/oder Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen.

München, den _____

Unterschrift _____