

Anamnesebogen

Sehr geehrte/r

Wir begrüßen Sie sehr herzlich in unserer Praxis. Ihre Behandlung wollen wir optimal vorbereiten, daher möchten wir Sie bitten, den Anmelde- und Anamnesebogen auszufüllen.

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Mobil: _____

Email: _____

Beruf: _____

Gesetzlich versichert

Zahnzusatzversicherung

Privatversichert

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Hauptversicherte/r:(falls abweichend)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Anamnese (zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein		Ja	Nein
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Blutverdünner(z.B.Marcumar,ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV, AIDS, Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutdruck: niedrig normal hoch

Traten nach zahnärztlicher Behandlung Komplikationen auf? (Kreislauf, Ohnmacht)

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn Ja wie viel?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Wenn Ja, welcher Monat: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn Ja, welche:

Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden? Ja Nein

Besitzen Sie ein vollständiges Bonusheft? Ja Nein

Terminerinnerung Per SMS Ja Nein

Recall oder Info Per Email Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung Internet Im Vorbeigehen Überweisung Sonstiges

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Infektionen die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie diesen Aspekt bei Ihren Behandlungsterminen.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen die während der gesamten Behandlungszeit auftreten umgehend mitzuteilen.

Berlin, den

Unterschrift Patient / -in bzw. gesetzlicher Vertreter/-in

Wir sind eine Bestellpraxis. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d.h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erwiesen uns und ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.