



Anamnesebogen

Persönliche Daten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon Festnetz	Mobil	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	Beruf (freiwillige Angabe)	Telefon Geschäft (freiwillige Angabe)	

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung

Bitte ergänzen, sofern Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		PLZ/Ort	

Was führt Sie in unsere Praxis?

- Vorsorgeuntersuchung Prophylaxe Beratung
 Ästhetischer Zahnersatz Implantologie Moderne Endodontie
 2. Meinung Schmerzbehandlung

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Google Jameda Sonstige
- Persönliche Empfehlung Werbung

Empfehlung durch

Name Vorname

Allgemeine Gesundheitsfragen

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HIV		
Haben Sie Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis		
<input type="checkbox"/> Haben Sie Herzklappenfehler/-prothesen?			<input type="checkbox"/> Tuberkulose		
<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Herzschrittmacher?			<input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie einen Herzinfarkt/Stent?			<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)			Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Benötigen Sie Endokarditisprophylaxe bei zahnmedizinischen Eingriffen?			<input type="checkbox"/> Herzmedikamente		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cortison		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antidepressiva		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blutverdünnende Mittel		
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate		
Chronische Erkrankung der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/>		
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wann? <input type="text"/>			Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? <input type="text"/>			Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Woche? <input type="text"/>		
Wenn ja, welche? <input type="text"/>			Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Wenn ja, warum? <input type="text"/>		

Momentane Mundsituation

	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"/>
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 professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? <input type="text"/>		

- Ich erkläre mich mit der elektr. Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.
- Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort/Datum

Unterschrift