



Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Ihre Zahngesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen ist unser Ziel. Deshalb benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung und den Heilungsprozess haben. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Persönliches

_____ <i>Name, Vorname</i>	_____ <i>Geburtsname</i>	_____ <i>Geburtsort, Geburtsdatum</i>
_____ <i>Straße, Hausnummer</i>	_____ <i>PLZ, Ort</i>	
_____ <i>Telefon privat</i>	_____ <i>Telefon Arbeit</i>	_____ <i>Telefon Mobil (freiwillig)</i>
_____ <i>eMail (freiwillig)</i>	_____ <i>Beruf (freiwillig)</i>	_____ <i>Hausarzt, Ort (freiwillig)</i>

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung Basistarif Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

_____ <i>Name, Vorname</i>	_____ <i>Geburtsdatum</i>
_____ <i>Straße, Hausnummer</i>	_____ <i>PLZ, Ort</i>

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (freiwillig)

<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen	z. B. Google-Suche, facebook, Werbebanner, Webseite, Bewertungsportal (z. B. jameda.de)
<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____	wo: _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	_____

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:			Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige:		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:					
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:					
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cortison:					
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:					
Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antidepressiva:					
Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate:					
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente					
wenn ja, welche:			<input type="checkbox"/> (z. B. ASS, Marcumar, Heparin):					
Sonstige Erkrankungen:			<input type="checkbox"/> Sonstige:					

Rauchen Sie? ja nein

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?
 vor _____ Monaten

Für unsere Patientinnen:
 Sind Sie schwanger? ja nein
 _____ Woche

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung
 Beratung
 Schmerzbehandlung
 Sonstiges: _____
 Neuer Zahnersatz
 Überweisung Arzt
 Zweite Meinung

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne zufrieden?	ja	nein
	<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 halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis, d. h. an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig – mindestens 24 Stunden vorher – abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. (Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.) Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt. Mit Unterzeichnung des Anamnesebogens stimmen Sie der Speicherung Ihrer Daten in unserer Praxis nach Bestimmungen des Datenschutzes zu. Bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift. Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Mönchengladbach, den

<i>Datum</i>	<i>Unterschrift</i>
Der Anamnesebogen ist weiterhin aktuell – ohne Änderungen:	
<i>Datum</i>	<i>Unterschrift</i>
<i>Datum</i>	<i>Unterschrift</i>
<i>Datum</i>	<i>Unterschrift</i>