



ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie uns diesen Fragebogen sorgfältig aus. Dadurch erleichtern Sie uns das Erkennen von Risikofaktoren und unterstützen so optimal Ihre Behandlung.

Name	Festnetznummer
Vorname	Handynummer
Geburtsdatum	E-Mail
Anschrift	Arbeit Tel. Nr.
Postleitzahl, Ort	Arbeitgeber
Krankenversicherung	Hausarzt
<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Basistarif

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten im Rahmen der DSGVO an mitbeh. Zahnärzte, Kieferorthopäden oder -chirurgen weitergeleitet oder von diesen bezogen werden. Die DSGVO wurde mir ausgehändigt.

Ja Nein

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nervenleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Nieren)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erkrankungen der Atemwege (z.B. Asthma)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergie (z.B. Latex, Antibiotika, lokale Betäubungsmittel), Allergiepass?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, welche?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzrythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzschwäche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sonstiges

ANAMNESEBOGEN

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Hepatitis Ja Nein HIV Ja Nein Tuberkulose Ja Nein

Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sonstiges

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Welche Konsumgewohnheiten haben Sie? (z.B. Rauchen, Alkohol, Drogen)

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, warum?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gab es schon einmal Komplikationen bei Zahnbehandlungen? Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt?
Am:

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? Ja Nein

Sind Sie am Erinnerungsservice für die Zahnvorsorge interessiert? Ja Nein Telefonisch per Email

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe? (Begründung) Ja Nein

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnstellung? (Begründung) Ja Nein

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes sowie von Medikamenteneinnahmen und eine eventuelle Schwangerschaft mit. Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder das Bedienen an Maschinen eingeschränkt sein kann. Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Wir bitten Sie daher Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir behalten uns vor, bei unentschuldigtem Fernbleiben von vereinbarten Terminen ein Ausfallhonorar in Höhe von **35 €** je halber Stunde in Rechnung zu stellen, so kein unverschuldetes Fernbleiben vorliegt.

Bei unentschuldigtem Fernbleiben von einer PZR werden die gesamten Kosten von bis zu **95 €** in Rechnung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift