

Liebe Patienten,

die Angaben dieses Anamnesebogens werden Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt und dienen dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten Teams und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Vor-/Nachname ..... geb. ....

Adresse .....

e-Mail .....

Beruf, Arbeitgeber .....

Telefon privat ..... geschäftlich .....

Krankenkasse ..... gesetzlich  privat

freiwillig versichert  ja  nein Beihilfe  ja  nein

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? ..... abgeschlossen  ja  nein

Weshalb kommen Sie zur Behandlung? .....

Hatten oder haben Sie Erkrankungen folgender Art:

|                           |   |                                   |   |
|---------------------------|---|-----------------------------------|---|
| Herz-Kreislaufkrankungen  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzpass                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hoher Blutdruck           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Infektionskrankheiten (TBC, HIV)  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankungen          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzschrittmacher                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Anfallsleiden (Epilepsie)         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Rheuma                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutungsneigung           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Arzneiüberempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nierenleiden                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|                           |   | Schwangerschaft                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Sonstige Erkrankungen? .....

Welche Medikamente nehmen Sie ein? .....

Erfolgten im letzten Jahr Röntgen-  
aufnahmen im Mundbereich?  ja  nein Ziehen Sie Behandlung unter  
örtlicher Betäubung vor?  ja  nein

Wünschen Sie eine Behandlung über dem Niveau der Kassenleistung?  
(z.B. Keramikinlays, Zahnimplantate, Aufhellung (Bleaching), Funktionsdiagnostik)  ja  nein

Wünschen Sie eine individuelle Prophylaxe zusätzlich zur Kassenleistung?  
(z.B. Kariesrisikobestimmung-Speicheldiagnostik, Professionelle Zahnreinigung, Intensivfluoridierung)  ja  nein

Wie sind Sie auf uns gekommen? .....

Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen.  
Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können.  
Mit der Rechnungsbearbeitung durch eine private Rechnungsgesellschaft bin ich einverstanden.