



Anamnesebogen

Name/Vorname

Geb. Datum

Straße/Nr.

Tel.-Nr.:

Mobil:

Wohnort

E-Mail:

Arbeitgeber

Beruf

Krankenkasse

Tel. Nr. Arbeitgeber

Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind:

Zahnarzt: _____

Hausarzt: _____

Andere Ärzte/Heilberufler: _____

Hat Ihr Zahnarzt unsere Praxis

empfohlen? Ja Nein

Waren Sie auf unserer Homepage? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Google, Telefonbuch, Empfehlung, etc.) _____

Füllen Sie bitte die nachfolgenden Fragen nach Ihrem derzeitigen Kenntnisstand aus.

	Ja	Nein		Ja	Nein
Haben Sie bekannte Herz- Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waren Sie in letzter Zeit in allgemeinärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bekanntes Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie bekannte Bluterkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ungewöhnliche Blutungsneigungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind jemals Komplikationen bei ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen Aufgetreten z. B. nach Anästhesie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel z.B. ASS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie Schwanger? Bitte Teilen Sie uns auch bei späteren Behandlungen jede Schwangerschaft mit!!!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie grünen Star (Glaukom)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie bekannter Diabetiker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ein bekanntes Schilddrüsenleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen oder nahmen Sie jemals Medikamente zur Osteoporosetherapie ein z.B Alendronsäure?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existieren Zahn-/Kiefer- Röntgenbilder Jüngerer Datums	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikament? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie Tuberkulose (Tbc)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele? _____ Stk./Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bekannte Allergien? Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine bekannte HIV-Infektion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie sonstige Erkrankungen? Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben/Hatten Sie je ein bekanntes Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/ Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Es wird darum gebeten, Termine bei Verhinderung rechtzeitig abzusagen. Rechtzeitig bedeutet für Sie, mindestens mit einem Vorlauf von einem vollständigen Praxisarbeitstag vorher abzusagen. Andernfalls wird ein Ausfallhonorar in Höhe der ausgefallenen Behandlung /OP in Rechnung gestellt (§§611, 615 BGB). Sollten Sie krankheitsbedingt absagen müssen, findet diese Regelung keine Anwendung. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und bestätige, dass ich über die gesetzlichen Regelungen (§§611, 615 BGB, Terminabsage/Ausfallgebühr) informiert worden bin.

Datum / Unterschrift/gesetzlicher Vertreter: _____