

ANAMNESE Ihre Daten

Name, Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Strasse, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Telefon Zuhause

Telefon Arbeit

Mobilnummer

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wie sind Sie Krankenversichert?

gesetzlich

privat

mit Zahnzusatzversicherung

Beihilfe

Postbeamtenkrankenkasse

Basistarif

Standardtarif

Warum suchen Sie unsere Praxis auf?

Wichtig! Bitte lesen:

Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie freigehalten. Sie werden daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 48 Stunden vorher abzusagen.

Bei nicht fristgerechter Absage des Termins wird eine Ausfallgebühr von pauschal 75,00 EURO je Stunde geltend gemacht, es sei denn, Ihr Fernbleiben war unverschuldet. In einem solchen Fall haben Sie uns die Gründe unverzüglich mitzuteilen und ggfs. nachzuweisen.

Kennen Sie den Begriff „Biologische Zahnmedizin“?

ja nein Ich möchte Informationen über Biologische Zahnmedizin erhalten.

Kennen Sie den Begriff „Umweltzahnmedizin“?

ja nein Ich möchte Informationen über Umweltzahnmedizin erhalten.

Besteht eine medizinische Grunderkrankung?

Seit wann und welche Diagnose wurde gestellt?

Leiden Sie unter akuten medizinischen Beschwerden?

Haben Sie eine künstliche Herzklappe/Bypass/Schrittmacher?

Liegen Blutungsleiden/Bluterkrankungen vor?

Infektiöse Erkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, Aids)?

Nehmen Sie Medikamente ein?

nein ja _____

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen (z.B. Marcumar, ASS)?

Besteht eine Allergie gegen Medikamente?

nein ja
 Penicillin Schmerzmittel andere Stoffe: _____

Leiden Sie unter akuten zahnmedizinischen Beschwerden?

nein ja _____

Wurden Sie in den letzten 3 Jahren zahnmedizinisch behandelt?

nein ja Was wurde behandelt: _____

Leiden Sie unter:

Allergien _____

Hautproblemen _____

Gelenkschmerzen Verdauungsstörungen Konzentrationsstörungen Müdigkeit Abgeschlagenheit

Für Frauen: Sind Sie schwanger?

nein ja Im _____ Monat

Stillen Sie zum jetzigen Zeitpunkt?

nein ja Alter des Kindes: _____

Sind Sie Angstpatient?

nein ja Was bereitet Ihnen Unbehagen?: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und beide Seiten des Anamnesebogens gelesen habe:

Ort, Datum, Unterschrift _____