



## ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen gewissenhaft aus, damit wir Ihnen die bestmögliche Behandlung ermöglichen können. Dies ist von großer Bedeutung, um den Effekt von Allgemeinerkrankungen auf unsere Behandlung auszuschließen. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen haben.

Ihr Praxisteam der Zahnarztpraxis am Kanal

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße + Hausnummer

PLZ + Ort

Telefon

E-Mail

Beruf

Krankenkasse

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Zahnzusatzversicherung | <input type="radio"/> EU versichert      | <input type="radio"/> Privat versichert |
| <input type="radio"/> gesetzlich versichert  | <input type="radio"/> Beihilfeberechtigt | <input type="radio"/> Basistarif        |

Überweiser/Empfehlung

- |                                    |  |                      |
|------------------------------------|--|----------------------|
| <input type="radio"/> Google       | <input type="radio"/> überweisender Arzt     | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Social media | <input type="radio"/> persönliche Empfehlung | <input type="text"/> |

Welche Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Allgemeine Beratung/Kontrolle | <input type="radio"/> Zweitmeinung | <input type="radio"/> Unbefriedigende Ästhetik Ihrer Zähne |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung             | <input type="radio"/> Überweisung  |  |

### TEILNAHME AM RECALL UND ERINNERUNGSSERVICE

Zum Erhalt meiner Zahngesundheit und der Gewährleistungsansprüche möchte ich künftig über meinen nächsten Kontroll- bzw. Vorsorgetermin informiert werden. Die Teilnahme am Erinnerungsservice ist unverbindlich und kann jederzeit widerrufen werden.

Benachrichtigt mich per  E-Mail  
 Telefon

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

**Hausarzt** (Name + Anschrift)

[Redacted area for Hausarzt name and address]

Befinden Sie sich zur Zeit

in **ärztlicher Behandlung**?  ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?  
[Redacted area]

Nehmen Sie zur Zeit

**Medikamente** ein?  ja  nein

Wenn ja, welche?  
[Redacted area]

Liegt ein Medikamentenpass vor?  ja  nein

Haben Sie **Allergien**?  ja  nein

Wenn ja, welche?  
[Redacted area]

Haben Sie eine der folgenden

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

zu hoher Blutdruck  ja  nein

zu niedriger Blutdruck  ja  nein

Herzrhythmusstörungen  ja  nein

Herzschwäche (Insuffizienz)  ja  nein

Herzklappenersatz  ja  nein

Herzschrittmacher  ja  nein

Herzinfarkt/Schlaganfall  ja  nein

Haben Sie eine der folgenden

**Stoffwechselerkrankungen**

Diabetes mellitus  ja  nein

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

Osteoporose  ja  nein

Magen-Darm-Erkrankungen  ja  nein

Haben Sie eine der folgenden

**Infektionskrankheiten**

HIV  ja  nein

Hepatitis  ja  nein

Haben Sie eine der folgenden

**Bluterkrankungen**

Blutungsneigung  ja  nein

Blutarmut (Anämie)  ja  nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende

Medikamente?  ja  nein

Haben Sie eine der folgenden

**Erkrankungen des Nervensystems**

Epilepsie  ja  nein

Krämpfe  ja  nein

Haben Sie eine der folgenden

**Atemwegserkrankungen**

COPD  ja  nein

Asthma  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wieviel?  
[Redacted area]

Haben Sie **Krebs- oder**

**Tumorerkrankungen**?  ja  nein

Wenn ja, welche Art?  
[Redacted area]

**Sonstige Erkrankungen**?

[Redacted area for other diseases]

Für **Patientinnen**

Sind Sie **schwanger**?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche?  
[Redacted area]

Wurden in den letzten 2 Jahren

**Röntgenaufnahmen** im  ja  nein

Kopf-Hals-Bereich gemacht?

**TERMINMANAGEMENT**

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Sie reserviert, denn Qualität braucht Zeit. Wir möchten Sie um Verständnis bitten, dass wir uns für kurzfristig ausgefallene Termine ohne rechtzeitige Absage, d.h. 24 Stunden vorher, ein Ausfallhonorar vorbehalten.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

[Redacted area for Ort + Datum]

Ort + Datum

[Redacted area for Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten]

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten