

Anamnesebogen

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geb. Dat. _____

Mitglied/Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geb. Dat. _____

Anschrift

Strasse Nr. _____ Telefon _____

PLZ _____ Ort _____

E-Mail-Adresse _____

Krankenkasse _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Allgemeiner Zustand

- Allergien
- Asthma
- Herzerkrankung
- Nierenerkrankung
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Infektionen: Hepatitis/TBC/HIV
- Epileptiforme Anfälle
- Sonstige Erkrankungen
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Haben Sie Osteoporose
- Sind Sie Schwanger

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

- _____
- Rauchen Sie?
 - Wenn ja, wie viele? _____
 - Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?

Zahn-Mund-Zustand

- Schmerzen
- gelockerte Zähne
- Zahnfleischbluten
- Haben Sie das Gefühl an Mundgeruch zu leiden?
- Wenn ja, wünschen Sie diesbzgl. eine Beratung/Behandlung?
- Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja, wo?

- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Sonstiges: _____

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie/Er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat? _____

Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt in unsere Praxis überwiesen? _____

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter) _____

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Patienteninformationen zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurden mir ausgehändigt.

Datum _____ Unterschrift _____