



# ZAHNARZTPRAXIS

Dr. med. dent. Elena Ilin

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,

für die Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen und verordnete Medikamente von Bedeutung sein. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden von uns streng vertraulich behandelt.



|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Patient/-in (Herr/Frau/Kind)</b>  |  |   |
| Name, Vorname:   | Geburtsdatum:  |   |
| Straße, Hausnummer:  | PLZ:   |   |
| Beruf:   | Arbeitgeber:   |   |
| Telefon:   | Mobil:   |   |
| E-Mail:  |  |   |
| <b>Versicherung (zutreffendes ankreuzen)</b>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> gesetzlich  | <input type="checkbox"/> freiwillig  | <input type="checkbox"/> privat             |
| <input type="checkbox"/> PKV-Standardtarif   | <input type="checkbox"/> Beihilfe  | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung |
| Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers: |  |   |
| Name, Vorname:   | Geburtsdatum:  |   |
| Straße, Hausnummer:  | PLZ:   |   |
| <b>Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen:</b>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck   | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (Herzklappeninsuffizienz, Herzinfarkt) |   |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Angina Pectoris                            |   |
| <input type="checkbox"/> Bypass/Stent/Herzschrittmacher  | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, Tuberkulose, Creutzfeldt-Jakob)                   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Neigen Sie zu blauen Flecken  | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung (Hämophilie)                      |   |
| <input type="checkbox"/> Rheuma  | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C)        |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (Asthma, Bronchitis)                   |   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion/Unterfunktion)     |   |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung   | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen (Epilepsie, psychische Erkrankung)   |   |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft Ja/möglich  | <input type="checkbox"/> Rauchen Sie?  |   |
| <input type="checkbox"/> Allergien, welche:  |  |   |
| Sonstige Erkrankungen:   |  |   |





### Nehmen Sie laufend Medikamente ein?

- Herzmedikamente
- Antidepressiva
- Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Clopidogrel Plavix)
- Cortison
- Bisphosphonate

### Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung
  - Beratung
  - Schmerzbehandlung
  - Neuer Zahnersatz
  - Zweite Meinung
  - Überweisung Zahnarzt:
- Sonstiges:

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Überweisender Arzt
  - Internetsuchmaschine
  - Im Vorbeigehen
  - Internetauftritt
  - Internetbewertung
  - Gelbe Seiten
  - Auf Empfehlung von:
  - Zeitung
- Sonstiges:

### Mundgesundheitsituation

- Wurden Ihre Zähne bisher (halb)-/jährlich professionell gereinigt?  ja  nein
- Sind Sie an einem Bleaching interessiert?  ja  nein
- Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein
- Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?  ja  nein
- Haben Sie Zahnfleischprobleme oder Zahnfleischrückgang?  ja  nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch?  ja  nein

### Dürfen wir Sie halbjährlich /jährlich an Ihre Vorsorge erinnern?

- Wenn ja:  SMS  E-Mail  Brief



Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis, um Wartezeiten zu vermeiden und reservieren entsprechend Behandlungszeit für Sie. Wir bitten Sie daher, Termine bei Verhinderung rechtzeitig mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie leider mit Wartezeiten rechnen, da unsere Terminpatienten Vorrang haben. Wir versuchen, Sie schnellstmöglich zu behandeln.

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r