



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.



Patient/-in (Herr/Frau/Kind)		
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	PLZ:	
Beruf:	Arbeitgeber:	
Telefon:	Mobil:	
E-Mail:		
Versicherung (zutreffendes ankreuzen)		
<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:	
Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen:		
<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?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Clopidogrel Plavix) | |
| <input type="checkbox"/> Cortison | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate |

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Zweite Meinung | <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt: |
- Sonstiges:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Überweisender Arzt | <input type="checkbox"/> Internetsuchmaschine |
| <input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen | <input type="checkbox"/> Internetauftritt |
| <input type="checkbox"/> Internetbewertung | <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten |
| <input type="checkbox"/> Auf Empfehlung von: | <input type="checkbox"/> Zeitung |
- Sonstiges:

Mundgesundheitsituation

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