

A N A M N E S E

Für Ihre individuelle Behandlung benötigen wir die folgenden Angaben.
Diese unterliegen selbstverständlich, wie alle persönlichen Daten, der
ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Name: Geb.-Dat.:

Hauptversicherter: Geb.-Dat.:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon (tagsüber): Handy:

E-Mail-Adresse: Beruf:

Krankenkasse:

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnbehandlung oder Zahnersatz? Ja Nein

Sind Sie privat versichert und erhalten Beihilfe? Ja Nein

Sind Sie privat versichert nach dem sog. „Basis-/Standardtarif“? Ja Nein

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

- Empfehlung durch
- Internet / Googlesuche (oder andere Suchmaschine)
- Internet / Gelbe Seiten - online
- Internet / Bewertungsportal:
- Telefonbuch / Gelbe Seiten
- Praxisschild
- Sonstiges

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuchs?

Ja Nein

Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre Kontrollbesuche („Recall“) ?

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Hoher oder niedriger Blutdruck.....

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

b i t t e w e n d e n ➔

	Ja	Nein
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (Asthma, Atemnot, Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Marcumareinnahme <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (HIV-Infektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?		
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? SSW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie z.Zt. in ständiger ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt:		

**Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.
Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.**

Datum, Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigte/r)