

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis ALFI2!

Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, bedarf es Ihrer Unterstützung. Wir benötigen neben Angaben zu Ihren Personalien ausführliche Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, da diese sich auch auf Ihre zahnärztliche Behandlung auswirken können. Wir werden im Anschluss sehr gerne all Ihre Fragen ausführlich beantworten und hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen!

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Persönliches:

_____ Name / Vorname	_____ Geburtsdatum	_____ Geburtsort
_____ Straße / Hausnummer	_____ PLZ	_____ Ort
_____ Telefon	_____ Mobil	
_____ E-mail		
_____ Telefon geschäftlich.	_____ Beruf	_____ Arbeitgeber

Versicherung:

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Wenn Sie familienversichert sind, ergänzen Sie bitte die Versichertendaten:

_____ Name / Vorname	_____ Geburtsdatum	_____ Geburtsort
_____ Straße / Hausnummer	_____ PLZ	_____ Ort
_____ Telefon	_____ Mobil	

Letzte Zahnbehandlung bei:

Sind dort Röntgenaufnahmen angefertigt worden?

ja nein

Letzte professionelle Zahnreinigung am _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

empfohlen durch: _____

überweisender Arzt: _____

Praxisschild Internet

Sind Sie Härtefall berechtigt?

Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine Pflegestufe?

Ja Nein

Haben Sie ein Bonusheft über die jährliche zahnärztliche Vorsorge?

falls ja: der letzten 5 Jahre der letzten 10 Jahre

Bestehen gesundheitliche Risiken?

	Ja	Nein	Art der Erkrankung / Medikamente
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Augenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien (z.B Penicillin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Schwangerschaft Monat _____

Raucher/in Zigaretten pro Tag _____

Zahngesundheit

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren
Zähnen?
(Form, Zahnfarbe)
Bewertung nach Schulnoten

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

	Ja	Nein	weitere Anmerkungen
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Haben Sie Zahnfleischprobleme? (Blutungen, Rückgang ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
---	-----------------------	-----------------------	-------

Knirschen Sie mit den Zähnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
------------------------------	-----------------------	-----------------------	-------

Haben Sie eine unangenehme Reaktion auf eine zahnärztliche Betäubung erlebt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
---	-----------------------	-----------------------	-------

Haben Sie jemals eine schwere Infektion im Mund durchgemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
--	-----------------------	-----------------------	-------

Haben Sie Schwierigkeiten mit der Mundöffnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
---	-----------------------	-----------------------	-------

Der Grund ihrer Besuches _____

Wir nehmen uns viel Zeit für Ihre Behandlung und möchten durch unsere Terminplanung lange Wartezeiten vermeiden. Sollten Sie Ihren Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen rechtzeitig, jedoch **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen.

Ihre Behandlungsdaten werden außerdem in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen hiermit mitgeteilt. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.
