

ANAMNESEBOGEN



Dr. med. dent.
Dörthe Fischer

Die Praxis für gesundes Lachen.

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE DATEN

Name / Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

Terminreminder per:

SMS

E-Mail

Postkarte

Telefon

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Beihilfeberechtigt

Privat versichert

Zusatzversicherung

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name / Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße / Nr.

PLZ / Ort

PRAXISBESUCH

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

Routinekontrolle

Beratung

„zweite Meinung“

Schmerzbehandlung

andere Gründe:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung *

Überweisender Arzt *

Homepage / Internet

Anzeige

* Wer genau?



Bitte wenden

• • • •

ALLGEMEINE FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzerkrankungen / Wenn ja, welche:

.....

- Herzinfarkt
- Angina Pectoris
- Herzschriltmacher
- Herzklappenersatz
- Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörung
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Typ I oder II)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
- Osteoporose
- Nierenfunktionsstörungen
- Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis, TBC)
- Epilepsie
- Tumorerkrankungen
- Augenerkrankung (Glaukom,Star)
- Magen-Darm-Erkrankung
- Depressionen
- Allergien / Wenn ja, welche:

.....

Besitzen Sie einen Allergiepass?

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

.....
.....
.....

Unverträglichkeit gegen Medikamente
wenn ja, welche:

.....

Unverträglichkeit gegen Spritzen
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag:

.....

FÜR UNSERE PATIENTINNEN

Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche:

.....

MUNDGESUNDHEIT

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

.....

Wann wurden Sie das letzte Mal im
Mund-, Zahn- oder Kieferbereich geröntgt?

.....

- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- Haben Sie Zahnfleischprobleme?
- Blutungen beim Zähneputzen?
- Zahnfleischrückgang?
- Leiden Sie unter Mundgeruch oder
einem schlechten Geschmack im Mund?

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubung) meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben mit meiner Unterschrift und bin einverstanden, dass Frau Dr. Dörthe Fischer als Rechtsnachfolgerin von Frau Dr. Beatrice Puiu auf meine Patientendaten (sofern vorhanden) zugreifen darf. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

.....

Ort

Datum

Unterschrift