



# Zahnarztpraxis

GÖRDES | SCHULZE | RUMANN

Bitte dieses Feld nicht ausfüllen

## Anamnesebogen

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. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir auf ihre Wünsche und Sorgen bestmöglich eingehen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Mobil

E-Mail

Beruf

Geburtsort

Name der Versicherung

- gesetzlich versichert       privat versichert       Zusatzversicherung  
 Basistarif       Beihilfeberechtigt

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS?    ja        nein   

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- persönliche Empfehlung       Im Vorbeigehen       Internet  
 Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_       Jameda etc.       Sonstiges: \_\_\_\_\_

- Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus -

## Allgemeine Gesundheitssituation

- |                           | ja                    | nein                  |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hoher Blutdruck           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Niedriger Blutdruck       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörungen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlaganfall              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzerkrankungen          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| rheumatische Erkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergien                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

## Infektionskrankheiten:

- |             | ja                    | nein                  |
|-------------|-----------------------|-----------------------|
| HIV/AIDS    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hepatitis   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sonstige: \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie Medikamente ein?

wenn ja, welche:

- Herzmedikamente: \_\_\_\_\_
- Kortison: \_\_\_\_\_
- Schmerzmittel: \_\_\_\_\_
- Antidepressive: \_\_\_\_\_
- blutverdünnende Medikamente: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

## Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger  ja  nein

wenn ja, wann ist der ET: \_\_\_\_\_

## Mundgesundheitsituation

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

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

- |   | ja                    | nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form ihrer Zähne zufrieden?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, Sie halbjährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- per  Anruf  Postkarte

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Gesundheitsangaben, sowie ihr Einverständnis für die Weiterbehandlung in der Praxis Gördes/Schulze/Rumann ab dem 4.1.2021 mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift