

Anamnesebogen

Patient

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Mobilnummer _____

Unter welcher Telefonnummer können wir Sie tagsüber gut erreichen _____

E-Mail _____

Beruf _____

Geburtsort _____

Versicherter

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Versicherung

Private Krankenversicherung Gesetzliche Krankenversicherung

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein Ja Nein

Sind Sie privat zusatzversichert? Ja Nein

Gesundheitsfragen

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Krampfleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappendefekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Asthma / Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Endokarditis / Myokarditis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
(HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Suchtleiden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____	
Wenn ja, welche? _____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Stillen Sie? Ja Nein
Rauchen Sie? Ja Nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung im Krankenhaus? Ja Nein
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Ja Nein

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente im Rahmen der Behandlung von Osteoporose oder der Behandlung von Brustkrebs ein? Ja Nein

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate?
Mögliche Handelsnamen: z.B. Alendronate, Fosamax, Risedronate, Actonel, Etidronate, Didronel, Ibandronate, Boniva, Pamidronate, Aredia, Zoledronate, Zometa, Prolia, Aclasta, XGeva Ja Nein

Hatten Sie jemals eine Parodontose- oder Parodontitisbehandlung? Ja Nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Möchten Sie einen Röntgenpass haben? Ja Nein

Gibt es etwas, was Sie sich für Ihre Zähne wünschen?

Ist Ihnen etwas bei der Behandlung oder Ihrem Besuch in der Praxis besonders wichtig?

Empfehlung

Wer hat uns empfohlen / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wichtige Hinweise

Durch die Terminvereinbarung mit uns wird für Sie ein bestimmter Zeitraum exklusive reserviert. Ihr Vorteil ist, dass Sie kaum Wartezeit in Kauf nehmen müssen und wir uns vollständig auf Ihre Behandlung konzentrieren können. Daher ist es sehr wichtig, dass Sie pünktlich zu Ihrem Termin erscheinen. Bitte sagen Sie Termine spätestens 24 Stunden vor Termin ab, wenn Sie den Termin nicht wahrnehmen können.

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____



**SCHÖNE
ZÄHNE,
GUT
BEHANDELT.**

Besuchen Sie uns im Internet oder folgen uns auf Facebook

→ www.nobisundganss.de

 www.nobisundganss.de/facebook