

## ANAMNESEBOGEN

### Patient/in

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 Mobilnummer \_\_\_\_\_  
 Tel. tagsüber \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_  
 Geburtsort \_\_\_\_\_

### Versicherte/r

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Versicherung

Private Krankenversicherung

Sind Sie beihilfeberechtigt?  Ja  Nein

Gesetzliche Krankenversicherung

Sind Sie privat Zusatzversichert?  Ja  Nein

### Gesundheitsfragen

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck  Ja  Nein  
 Herzklappendefekt  Ja  Nein  
 Herzklappenersatz  Ja  Nein  
 Herzschrittmacher  Ja  Nein  
 Endokarditis / Myokarditis  Ja  Nein  
 Infektionserkrankungen  
 (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)  Ja  Nein  
 Blutgerinnungsstörung  Ja  Nein  
 Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
 Allergien  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Krampfleiden (z. B. Epilepsie)  Ja  Nein  
 Asthma/ Lungenerkrankung  Ja  Nein  
 Diabetes  Ja  Nein  
 Nierenerkrankung  Ja  Nein  
 Osteoporose  Ja  Nein  
 Augenerkrankungen  Ja  Nein  
 Psychische Erkrankungen  Ja  Nein  
 Suchtleiden  Ja  Nein  
 Sonstige Erkrankungen  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Stillen Sie?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Waren Sie die letzten 12 Monate zur stationären Behandlung im Krankenhaus?  Ja  Nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

---

---

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, Forsamax, Risedronate, Actonel, Etidronate, Didronel, Ibandronate, Boniva, Pamidronate, Aredia, Zoledronate, Zometa, Prolia, Aclasta, XGeva

Ja  Nein

Hatten Sie jemals eine Parodontose- oder Parodontitisbehandlung?  Ja  Nein

Gibt es etwas das Sie sich für Ihre Zähne wünschen?

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

---

---

## Empfehlungen

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

---

---


## Wichtige Hinweise

Durch die Terminvereinbarung mit uns wird für Sie ein bestimmter Termin 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. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage oder sind Sie unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von 50,00 € pro ausgefallener Behandlungsstunde als pauschalierten Schadenersatz in Rechnung stellen. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

SCHÖNE  
ZÄHNE,  
GUT  
BEHANDELT.

Besuchen Sie uns auch im Internet  
[www.nobisundganss.de](http://www.nobisundganss.de)  Zahnarzt.Deutz  nobisundganss

