

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 Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Dres. Schmitt² & Team

Persönliche Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon (Privat)	Telefon (Arbeit)	Mobil
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern? ja nein
Terminerinnerung per: SMS E-Mail per Post

Versicherung

- Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung
 Basistarif Beihilfeberechtigt

Bitte ergänzen Sie die Daten des Versicherungsnehmers, sofern Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönlichen Empfehlung Internet Überweisender Arzt
 Anzeige Im Vorbeigehen Sonstiges

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher o. niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiatio / Chemo-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Benötigen Sie eine antibiotische Abschirmung (Endokarditis-Prophylaxe)? ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Rheumatische Krankheiten ja nein

Allergien z.B. Antibiotika, Schmerz- oder Anästhesiemittel, Haushaltsreiniger ja nein

wenn ja, welche: _____

Haben Sie künstlichen Gelenkersatz? ja nein

wenn ja, seit wann? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

	ja	nein
Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

wenn ja, welche:

Herzmedikamente: _____

Cortison: _____

Schmerzmittel: _____

Antidepressiva: _____

Blutverdünner (z.B. Heparin, Aspirin): _____

Immunsuppressiva: _____

Bisphosphonate (Osteoporose): _____

Sonstige: _____

Rauchen Sie? ja nein

Für unsere Patientinnen: ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

wenn ja, in welcher Woche: _____

Mundgesundheitsituation

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

Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung Sonstiges: _____

Neuer Zahnersatz Überweisung Zahnarzt Zweite Meinung _____

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Schmitt²

Kaiserstraße 19 | 53721 Siegburg | Telefon: 0 22 41 / 6 17 69 | Fax: 0 22 41 / 59 22 29 | E-Mail: praxis@dr-schmitthoch2.de | Internet: www.dr-schmitthoch2.de