



## 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. Schmitt<sup>2</sup> & 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 Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<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"/>

wenn ja, welche:

---

Benötigen Sie eine antibiotische Abschilderung (Endokarditis-Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien z.B. Antibiotika, Schmerz- oder Anästhesiemittel, Haushaltsreiniger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

---

Haben Sie künstlichen Gelenkersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

wenn ja, welche:

<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:	<hr/>
---	-------

<input type="checkbox"/> Cortison:	<hr/>
------------------------------------	-------

<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:	<hr/>
---	-------

<input type="checkbox"/> Antidepressiva:	<hr/>
--	-------

<input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente	<hr/>
--	-------

(z.B. Heparin, ASS):

<input type="checkbox"/> Sonstige:	<hr/>
------------------------------------	-------

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------------------

Für unsere Patientinnen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------

wenn ja, in welcher Woche: 

---

## Mundgesundheitsituation

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

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung	<hr/>

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 Schmitt<sup>2</sup>**

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