

Anamnesebogen

Dr. Mihatovic und Kollegen

Beckhauserstraße 16h | 40699 Erkrath
Telefon 02104 44 404 | Fax 02104 43 936
info@zahnteam-erkrath.de | www.zahnteam-erkrath.de

ZahnTeam 
Praxis für Zahnmedizin & Implantologie

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. Das Ausfüllen der Angaben ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihr Auskunftsrecht geltend zu machen.

Ihr ZahnTeam Dr. Mihatović und Kollegen

Persönliches (bitte ausfüllen):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	Postleitzahl, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
Email	Beruf, Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	

Ich wünsche eine Terminerinnerung per SMS

Versicherung (bitte ausfüllen):

Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, nennen Sie uns bitte den Versicherten:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (bitte ausfüllen)

Bei wem dürfen wir uns für die Empfehlung bedanken? _____

Im Vorbeigehen Überweisender Arzt: _____ Internet Sonstiges: _____

Allgemeine Gesundheitssituation (bitte alle Fragen beantworten):

Bitte wenden

	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:		

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (Medikamente/Penicillin/Latex,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn ja, welche:		

Sonstige Erkrankungen:

Hausarzt:

	Ja	Nein
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:		

Nehmen Sie **Medikamente** ein?

... wenn ja, welche:

Herzmedikamente: _____

Cortison: _____

Schmerzmittel: _____

Antidepressiva: _____

Blutverdünnende Medikamente: _____

(z.b. ASS/Marcumar/Heparin): _____

Sonstige: _____

Rauchen Sie? (___Zig./Tag)

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welcher Monat? _____

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"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

	Ja	Nein
Sind Sie mit der Stellung / Farbe / Form Ihrer Zähne unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<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"/>
Würden Sie sich Behandlung unter Vollnarkose oder Sedierung wünschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Fragen oder ein besonderes Anliegen:		

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.

_____.2018
Datum

 _____
Unterschrift