

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.

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 | |

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)

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bei wem dürfen wir uns für die Empfehlung bedanken? _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen | <input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____ | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Bitte wenden

Allgemeine Gesundheitssituation (bitte alle Fragen beantworten):

| | 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: _____ | | |

Sind Sie mit der Stellung / Farbe / Form Ihrer Zähne unzufrieden?

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR/Prophylaxe)?

Würden Sie sich Behandlung unter Vollnarkose oder Sedierung wünschen?

Haben Sie Fragen oder ein besonderes Anliegen:

| Ja | Nein |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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.

_____._____.2017
Datum

 _____
Unterschrift