

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir bitten Sie, diesen Gesundheitsfragebogen gewissenhaft auszufüllen. Erkrankungen und Medikationen haben erheblichen Einfluss auf unsere Behandlungsmaßnahmen. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Persönliches

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Tel. privat	Tel. mobil
E-Mail	Beruf

Geschlecht

männlich weiblich divers

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert	<input type="radio"/>	Zusatzversicherung	<input type="radio"/>
privat versichert	<input type="radio"/>	beihilfeberechtigt	<input type="radio"/>
Basistarif	<input type="radio"/>		

Name der Versicherung

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ / Ort

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

Kostenhinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenzahnärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

ANAMNESEBOGEN

Termin- und Vorsorgeerinnerung

Wir bieten Ihnen an, Sie an unsere vereinbarten Termine und an die Vorsorge zu erinnern. Möchten Sie diesen Service nutzen?

- Ja Nein
 E-Mail
 SMS

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Blutverdünner Ja Nein
Bisphosphonate (Osteoporose und Krebsbehandlung) Ja Nein
Sonstige Ja Nein
Wenn ja, welche?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, welche Woche?

Herzerkrankungen

- Herz- & Kreislauf (Thrombose, Embolie, Schlaganfall) Ja Nein
Herzschwäche (Herzinsuffizienz) Ja Nein
Gerinnungsstörungen Ja Nein
Blutdruck zu hoch / zu niedrig Ja Nein
Angina pectoris (Brustschmerzen) Ja Nein
Herzinfarkt Ja Nein
Herzentzündung (Muskel,Endo-,Perikard) Ja Nein
Herzfehler Ja Nein
Wenn ja, welcher?



ANAMNESEBOGEN

Infektionskrankheiten

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Hepatitis | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Tuberkulose (Tbc) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| HIV-positiv (AIDS) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Andere Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja, welche? | | |
-

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Epilepsie | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Grüner Star | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Osteoporose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Krebserkrankung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Asthma | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie eine Insulinpumpe? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Allergien | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja, welche? | | |
-

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie einen Allergiepass? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
-

Wurden bei Ihnen OP's durchgeführt und gab es Komplikationen?

Sonstiges

ANAMNESEBOGEN

Zum Schluss

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie Probleme mit alkoholischen Spüllösungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schnarchen Sie? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? Kopfschmerzen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wünschen Sie eine Änderung der Zahnstellung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wurde in den letzten 2 Jahren bei Ihnen neuer Zahnersatz gefertigt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie damit Beschwerden? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wurde im letzten Jahr bei Ihnen eine Röntgen-Übersichtsaufnahme gefertigt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja, wie viel pro Tag? | | |

Bitte bedenken Sie, dass nach einer Lokalanästhesie die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein kann.

Ort, Datum

Unterschrift