

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____ geb. am: _____

Geburtsort: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Telefon Büro: _____ E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bei einer gesetzlichen Kasse bitte angeben:

Pflichtversichert ja nein Freiwillig versichert ja nein private Zusatzversicherung ja nein

Haben Sie Kostenerstattung gewählt? ja nein

Bei einer Privatversicherung bitte angeben:

Standardtarif ja nein Basistarif ja nein Studentisch versichert ja nein

Beihilfeberechtigt ja nein

Versichertendaten (sofern von den Patientendaten abweichend)

Rechnung an Patienten oder Versicherten: Patient Versicherten

Name des Versicherten: _____ geb. am: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung ja nein Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen ja nein

Hoher Blutdruck ja nein Ohnmachtsneigung ja nein

Niederer Blutdruck ja nein Marcumar / Gerinnungshemmer ja nein

Blutungsneigung / Bluterkrankung ja nein Rheuma ja nein

Diabetes ja nein Schilddrüsenerkrankung ja nein

Lebererkrankung (Hepatitis) ja nein Magen- / Darmerkrankung ja nein

Nierenerkrankung ja nein Lungenerkrankung/Asthma ja nein

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen ja nein Epilepsie ja nein

Knochenerkrankungen (Osteoporose/Tumore) ja nein AIDS/HIV-positiv ja nein

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja nein

Wenn ja, welche _____

Hatten Sie Operationen im Mund-,Kiefer-, Gesichtsbereich? ja nein

Wenn ja, welche _____

Leiden Sie an Allergien? ja nein

Wenn ja, welche _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein? _____

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja nein

Wenn ja, bei welchen? _____

Sind Sie Raucher? ja nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____

Für unsere Patientinnen: sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/>	Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	Migräne / Kopf / Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Knirschen	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? _____

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? ja nein Starke Schmerzempfindlichkeit? ja nein

Starker Würgereiz ja nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst? _____

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	Zahnfarbene Keramikfüllungen	<input type="checkbox"/>
Ernährungsfragen	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____	

Hin und wieder kommt es vor, dass wir Daten (per Fax und E-Mail) an betreffende Stellen versenden. Ich bin damit einverstanden, dass bevorzugernder Notwendigkeit Daten auf diesem Wege übermittelt werden.

Hinweis in eigener Sache: wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Wenn Sie einen Termin nicht wahr nehmen können, bitte sagen Sie ihn rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) ab. **Herzlichen Dank!**

Datum _____ Unterschrift _____