

Anamnesebogen zur Erstanmeldung

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!

Im Interesse der Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir gerne weiter. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ergeben sich zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen an Ihren Aussagen, bitte wir Sie, uns dies mitzuteilen.

Wir bedanken uns für Ihre Bemühung.

| | | | |
|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Vorname | <input type="text"/> | Nachname | <input type="text"/> |
| Geburtstag | <input type="text"/> | | |
| Straße, Nr. | <input type="text"/> | | |
| PLZ, Wohnort | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Telefon | <input type="text"/> | E-Mail | <input type="text"/> |

Gegebenenfalls mitversichert bei / gesetzlicher Vertreter

| | | | |
|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Vorname | <input type="text"/> | Nachname | <input type="text"/> |
| Geburtstag | <input type="text"/> | | |
| Straße, Nr. | <input type="text"/> | | |
| PLZ, Wohnort | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Krankenversicherung privat gesetzlich

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Instagram Familie/Freunde/Bekannte

Ärztliche Anamnese:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Allgemeine Herzerkrankungen

Wenn ja, welche?

Diabetes

Erkrankung des Nervensystems (Krampfanfälle, Sonstiges)

Nierenerkrankung (Blutarmut, Bluter, Sonstiges)

Atemwegserkrankung (Asthma, chron. Bronchitis, Sonstiges)

Wurde bei Ihnen eine Strahlentherapie durchgeführt oder nehmen Sie Bisphosphonate?

ja

nein

Haben Sie eine Immunschwäche? (HIV+)

ja

nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose)

Allergien/Unverträglichkeiten

Wenn ja, welche?

Medikamente

Wenn ja, welche?

Wann wurden zuletzt Ihre Zähne geröntgt?

vor ca. Jahren

Rauchen Sie? ja

nein

Wenn ja, wieviel
Stück pro Tag?

Sind Sie schwanger? nein

ja, in Woche

Erinnerungsservice

Ich wünsche, an Termine erinnert zu werden per Anruf SMS E-Mail

Ich wünsche, in Ihrem Recallsystem für die professionelle Zahnreinigung und die jährliche, zahnärztliche Kontrolluntersuchung aufgenommen zu werden und möchte erinnert werden per

SMS

E-Mail

Ich wünsche keine Erinnerung jeglicher Art von Ihrer Praxis



Um uns noch einen besseren Eindruck von Ihren Bedürfnissen, Zielen und Wünschen an eine Behandlung in unserer Praxis verschaffen zu können, bitten wir noch um Beantwortung folgender Fragen.

Gibt es etwas, was Sie, unabhängig von klassischen Beschwerden im Bereich der Zähne und des Zahnfleisches, stört?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | scharfe Kanten | <input type="checkbox"/> | das Hängenbleiben von Speiseresten |
| <input type="checkbox"/> | Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | Überempfindlichkeiten |
| <input type="checkbox"/> | Zahnfleischrückgang | <input type="checkbox"/> | Ästhetik |
| <input type="checkbox"/> | Freiliegende Zahnhälse | | |

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|
| Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Knirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Probleme mit Ihren Kiefergelenken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie häufig an Kopf- Nacken- oder Rückenschmerzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden bei Ihnen kieferorthopädische Maßnahmen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Würden Sie Ihre Zähne als eher gut oder eher schlecht bezeichnen? | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schlecht |

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Wartezeiten für Sie nach Möglichkeit zu vermeiden, arbeiten wir ausschließlich nach einem Bestellsystem. Aus diesem Grund bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens **24 Stunden** vorher bei Bedarf abzusagen, da wir andernfalls ein Ausfallhonorar in Höhe der geplanten Behandlungsleistungen nach §615 BGB berechnen müssen, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass ein Vertrag für die laufende Behandlung nur mit dem behandelnden Zahnarzt zu Stande kommt.

Datum

Unterschrift