

ANAMNESEBOGEN



PATIENTENDATEN

Patient/-in: _____
Vorname Titel, Name Geburtsdatum

ANSCHRIFT

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____
Tel. privat _____ mobil _____
E-Mail _____ berufl. _____
Arbeitgeber _____

Wenn Sie als Patient/-in nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Versicherte/r: _____
Vorname Titel, Name Geburtsdatum

Versicherung: gesetzliche Versicherung Zahnzusatzversicherung Kostenerstattung
 privat versichert beihilfeberechtigt Basistarif

Versichert bei: _____

WORÜBER MÖCHTEN SIE GERNE MEHR WISSEN?

- „Wie kann ich meine Zähne möglichst ein Leben lang erhalten?“
- „Beim Zähneputzen blutet es manchmal: Was kann man dagegen tun?“
- „Mir ist ein Stück vom Zahn abgebrochen: Welche Möglichkeiten der Zahnreparatur bieten Sie?“
- „Ich bin mit dem Erscheinungsbild meiner Zähne unzufrieden: Welche Möglichkeiten gibt es, dieses zu verbessern?“
- „Ich habe Beschwerden mit dem Kiefergelenk (Knacken, Knirschen, Spannungskopfschmerz): Was können Sie für mich tun?“
- „Ich habe eine herausnehmbare Zahnprothese: Kann ich festsitzenden Zahnersatz bekommen?“
- „Ich gehe nicht gerne zum Zahnarzt: Können Sie mir die Angst nehmen?“

TEILNAHME AM RECALL UND ERINNERUNGSSERVICE

Zum Erhalt meiner Zahngesundheit und der Gewährleistungsansprüche möchte ich künftig über meinen nächsten Kontroll- bzw. Vorsorgetermin informiert werden. Die Teilnahme am Erinnerungsservice ist unverbindlich und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Bitte benachrichtigen Sie mich per: E-Mail Anruf (Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich).

Neuss, den _____ Unterschrift _____

Bitte beachten Sie die folgende Seite →

GESUNDHEITSFRAGEN



Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Nein Ja

Wenn Ja, geben Sie bitte den Namen des Arztes an

Werden Sie von einem Hausarzt betreut? Nein Ja

Wenn Ja, geben Sie bitte den Namen an

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Wenn Ja, welche:

Besteht bei Ihnen Verdacht auf Allergie / Überempfindlichkeit / Unverträglichkeit? Nein Ja

Wenn Ja, gegen welche Materialien / Medikamente?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Nein Ja

Herz-Kreislaufkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)

Herzschrittmacher

Herzinfarkt, wann?

Herzrhythmusstörungen

Herzklappenersatz

Herzasthma, Angina Pectoris

zu hoher Blutdruck

zu niedriger Blutdruck

Schlaganfall

Gerinnungsstörung

Nehmen Sie ein Medikament zur Blutverdünnung?

Nein Ja

Vegetative Erkrankungen:

Schwindel, Ohnmachtsanfälle? Nein Ja

Chronische Erkrankungen der Atemwege (Asthma)? Nein Ja

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Nein Ja

Magen-Darm-Erkrankungen? Nein Ja

Schilddrüsenerkrankungen, Niereninsuffizienz? Nein Ja

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle, Krämpfe, Multiple Sklerose? Nein Ja

Augenerkrankungen:

Glaukom (Grüner Star)? Nein Ja

Infektionskrankheiten:

Chronische Erkrankungen der Atemwege

Tuberkulose

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C)

Aids (HIV)

Knochenerkrankungen:

Osteoporose

Bekommen oder bekamen Sie jemals eine Bisphosphonattherapie?

Nein Ja

Sonstige Erkrankungen:

Röntgen:

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Kiefer-Bereich geröntgt?

Schwangerschaft:

Wenn ja, im wievielten Monat?

Nein Ja

Rauchen:

Nein

gelegentlich

täglich, _____ Stück

Abhängigkeiten:

Sind oder waren Sie alkoholabhängig / drogenabhängig?

Nein Ja

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgemäß.

Neuss, den _____ Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte/-r _____