

### Anamnesebogen

Patient Herr/Frau Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum + Ort \_\_\_\_\_

Mitglied/ Versicherter Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Gesetzliche Versicherung  Private Versicherung Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt  Zusatzversicherung  freiwillig versichert

### ALLGEMEINE SITUATION

ja / nein

ja / nein

Medikamentenallergie ( z.B. Penicillin)  ja  nein

Epilepsie  ja  nein

\_\_\_\_\_

Asthma  ja  nein

Blutdruck:  niedrig  normal  hoch

Tuberkulose  ja  nein

Herzinfarkt , wann? \_\_\_\_\_  ja  nein

Hepatitis  ja  nein

Herzasthma, Angina pectoris  ja  nein

HIV, AIDS  ja  nein

Herzerkrankungen /Herzrhythmusstörungen  ja  nein

Glaukom / erhöhter Augeninnendruck  ja  nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?

Nehmen Sie Blutverdünner?  ja  nein

\_\_\_\_\_

(z.B. Marcumar, ASS)?

Bestrahlung /Kopf-Halsbereich /  ja  nein

\_\_\_\_\_

Chemotherapie, Bisphosphonattherapie  ja  nein

Diabetes ( Zuckerkrankheit)  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Schildrüsenerkrankung  ja  nein

Ja \_\_\_\_\_(Woche) Nein  Ungewiss

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?  ja  nein

(wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung , wenn

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt !)

\_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen:

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel /Tag ?  ja  nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name des **Hausarztes**: \_\_\_\_\_

Sind Sie an unserer professionellen **Zahnreinigung** (Prophylaxe) interessiert? Ja  nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters

### Wichtige Information!!!

Wir führen eine Bestellpraxis und versuchen stets, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten.

Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können und dieses nicht 24Std. vor der Behandlung abgesagt haben, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten für die reservierte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen.