

Anamnesebogen



Dr. med. dent.
M. Zakikhani

Zahnarzt

Patient: Frau Herr geboren:
Vorname: Nachname:

**Mitglied/
Versicherter:** Frau Herr geboren:
Vorname: Nachname:

Anschrift:
Straße/Nr.: PLZ/Ort:
Telefon: Mobil-Nr.:
Fax-Nr.: E-Mail:
Beruf: Arbeitgeber:

Ihre Krankenversicherung: gesetzlich Name der Kasse:
 Zusatzversicherung
 privat Name der Kasse:
 Beihilfeberechtigung
 Zusatzversicherung

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Bluthochdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Glaukorn (grüner Star) ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein
Osteoporose ja nein
Schilddrüsenüberfunktion ja nein
Schilddrüsenunterfunktion ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

AIDS ja nein
Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle ja nein

nähere Angaben:
.....

**Bitte wenden! Weitere
Informationen finden Sie
auf der Rückseite!**





Fortsetzung des Anamnesebogens:

Für weibliche Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? nein ungewiss ja, ich bin in derWoche schwanger.

*Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung,
wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!*

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden: ja nein

Wenn ja, wann?

.....

Nehmen Sie z. Zt./regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

.....

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

.....

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

.....
Datum

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

