

Anamnesebogen

Name / Vorname _____ Geburtsdatum / -Ort _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Tel. privat _____ Tel. mobil _____
E-Mail _____ Beruf _____
Hausarzt _____

Krankenkasse _____ / private Krankenversicherung _____
gesetzlich versichert Zusatzversicherung privat versichert beihilfeberechtigt

Hinweis für privat versicherte (Beihilfe-) Patienten

Es können Behandlungskosten entstehen, die durch mich selbst zu begleichen sind und von keiner Versicherung, Beihilfestelle oder sonstigen Kostenträgern erstattet werden. Kürzungen des Honorars seitens der Kostenträger gehen nicht zu Lasten des Zahnarztes, sondern werden von mir ausgeglichen.

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name / Vorname _____ Geburtsdatum / -Ort _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet Telefon- / Branchenbuch

Empfehlung / Überweisung durch _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

Ja Nein

Möchten Sie von uns per Post an Ihre Vorsorgeuntersuchung / Prophylaxe erinnert werden?

Ja Nein

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten

hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des...

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzens oder Kreislauf | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Leber | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nieren | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüse | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darm-Traktes | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gelenke (Rheuma) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wirbelsäule | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Haben oder hatten Sie...

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hohen Blutdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Niedrigen Blutdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hohe Blutungsneigung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Eine Augenerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| HIV (Aids) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Allergien | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, wogegen? _____

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

Wenn ja, welche? _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Münster, den _____

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Eine Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> |
| Einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> |
| Eine Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Einen Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> |
| eine Herz- OP | <input type="checkbox"/> |
| Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> |

Medikamente: Nehmen Sie...

- | | |
|--|---|
| Herzmedikamente <input type="checkbox"/> | Cortison <input type="checkbox"/> |
| Schmerzmittel <input type="checkbox"/> | Antidepressiva <input type="checkbox"/> |
| Blutverdünnende Medikamente, z.B. ASS,
Marcumar? <input type="checkbox"/> | |
| Andere? <input type="checkbox"/> | |
| Wenn ja, welche? _____ | |
| _____ | |

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie? ja nein
Nehmen Sie Drogen? ja nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgen-
Aufnahmen angefertigt? ja nein
Wenn ja, welcher Körperregion? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Unterschrift _____