

Zahnärztin
Frau N. Yefimenko
Dingbängerweg 69
48163 Münster
Tel.: 0251/8997380

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zur Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

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 Basistarif

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

Sagen Sie bitte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin ab. Für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine stellen wir Ihnen eine Rechnung in Höhe der jeweiligen Therapievergütung.

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"/>
Asthma/ COPD	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? _____

Sie sind mit den Risiken einer
Leitungsanästhesie vertraut? ja nein

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Münster, den _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

Eine Herzklappenentzündung
 Einen Herzschrittmacher eine Herz-OP
 Eine Herzerkrankung Angina Pectoris
 Einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie...

Herzmedikamente Cortison

Schmerzmittel Antidepressiva

Blutverdünnende Medikamente, z.B. ASS,
Marcumar?

Andere Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Nehmen Sie regelmäßig
Alkohol zu sich? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Nehmen Sie Drogen? ja nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgen-
aufnahmen angefertigt? ja nein

Wenn ja, welcher Körperbereich? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Unterschrift _____