

Anamnesebogen

bitte ausfüllen und bei uns in der Praxis abgeben

Zahnarztpraxis

Dr. Christian Bauer MSc.

Master of Science – Implantologie



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Diese wird nach einem Bestellsystem geführt, um Wartezeiten für Sie so gering wie möglich zu halten. Nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie uns bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. 24 Stunden vorher. Kommen Sie mit unvorhersehbaren Problemen in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Patientin/Patient

Name/Vorname/Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Mobil: _____

E- Mail: _____

Mitglied/Zahlungspflichtige(r) (bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name/Vorname/Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Mobil: _____

E- Mail: _____

Versicherung:

gesetzlich

freiwillig

privat zusatzversichert

privat

PKV-Standardtarif

PKV-Basistarif

beihilfeberechtigt

nicht versichert

zuschussberechtigt (Sozial-/Versorgungsamt)

Beruf des Patienten: _____

Arbeitgeber des Patienten: _____

Telefon des Arbeitgebers: _____

Für eine risikofreie Behandlung ist die sorgfältige Beantwortung des Anamnesebogens mit Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustandes für uns von großer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz, was von uns streng vertraulich behandelt wird. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="radio"/> Herzklappenerkrankung/-ersatz |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="radio"/> Herzinfarkt/Angina Pectoris |
| <input type="radio"/> Bypass/Stent/Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="radio"/> Immunschwäche (HIV/AIDS) | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung(en) | <input type="radio"/> Hepatitis A / B / C / Gelbsucht |
| <input type="radio"/> Lungenerkrankungen (Asthma) | <input type="radio"/> Tuberkulose TBC |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="radio"/> Augenerkrankung (Grüner Star) |
| <input type="radio"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Tumor/Karzinom/Krebs | <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankung |

Sonstige Erkrankungen/Infektionen: _____

Neigen Sie zur Ohnmacht?

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Sind Sie schwanger? Welcher Monat? _____

Rauchen Sie? Wieviel pro Tag? _____

Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass)? Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Marcumar ASS Clopidogrel (Plavix)

Andere _____

Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit? Gegen? _____

Wann und in welcher Körperregion wurden Sie zuletzt geröntgt? _____

Vertragen Sie zahnärztliche Injektionen/Spritzen? Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter dem Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Name des Hausarztes: _____

Anschrift des Hausarztes: _____

Telefon des Hausarztes: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Telefonbuch Gelbe Seiten Internetsuchmaschine Unsere Website

Auf Empfehlung von: _____

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über...

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Professionelle Zahnreinigung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Karies- und Parodontalprophylaxe? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Implantatbehandlung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Parodontitisbehandlung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Parodontitisbehandlung mit Laser? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Zahnfarbene Füllungen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Goldfüllungen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Amalgamentfernung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Kiefergelenksbehandlung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Zahnaufhellung/Bleaching? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Zahnersatz? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ästhetik/Schöneres Lächeln? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis zu.

Für Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist für die Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten nötig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten

Zahnarztpraxis

Dr. Christian Bauer MSc.

Master of Science – Implantologie



Hannberger Straße 4
91093 Heßdorf

Telefon: 0 91 35 / 82 04

Fax: 0 91 35 / 72 55 63

E-Mail: termin@zahnarztbauer.de

www.zahnarztbauer.de



Sie haben noch Fragen?

Kein Problem, wir sind gerne für Sie da.
Sprechen Sie uns in der Praxis an
oder rufen Sie uns einfach an:

0 91 35 / 82 04