

Dokumentation

## Anamnesebogen

Seite 1/2

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

|               |            |
|---------------|------------|
| Name, Vorname | Geburtstag |
| Straße        | PLZ, Ort   |
| Telefon       | Mobil      |

### Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert
  Privat versichert
  Zusatzversicherung

### Allgemeine Gesundheitssituation

|                       | ja                    | nein                  |                        | ja                    | nein                  |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hoher Blutdruck       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Infektionskrankheiten: |                       |                       |
| Niedriger Blutdruck   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | HIV                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hepatitis              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlaganfall          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tuberkulose            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sonstige Erkrankungen: |                       |                       |
| Herzerkrankungen      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                        |                       |                       |
| wenn ja, welche:      |                       |                       |                        |                       |                       |
|                       |                       |                       |                        |                       |                       |
|                       |                       |                       |                        |                       |                       |

|                        |                       |                       |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rheumatische Krankheit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergien              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| wenn ja, welche:       |                       |                       |
|                        |                       |                       |
|                        |                       |                       |

## Allgemeine Gesundheitssituation

|                             | ja                    | nein                  |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nehmen Sie Medikamente?     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| wenn ja, welche:            |                       |                       |
| Herzmedikamente             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cortison                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schmerzmittel               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Antidepressiva              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutverdünnende Medikamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sonstige:

---



---



---



---

|                        | ja                    | nein                  |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Rauchen Sie?           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Sie schwanger?    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| wenn ja, welche Woche: | <hr/>                 |                       |

## Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- |  |                                   |   |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Vorsorge         | <input type="radio"/> Beratung    | <input type="radio"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="radio"/> Neuer Zahnersatz | <input type="radio"/> Überweisung | <input type="radio"/> 2. Meinung        |
| <input type="radio"/> Sonstiges: <hr/> |                                   |   |

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. D.h. an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mind. 24 Std. vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patienten anzubieten. Eine sehr lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Sollte es vorkommen, dass regelmäßig Termine versäumt oder nicht rechtzeitig abgesagt wurden, sind wir berechtigt Ihnen eine Ausfallrechnung i.H.v. 250 €/Std. auszustellen.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Hessisch Lichtenau, den 

---

---

 Unterschrift