

# Patientenanamnesebogen

## Patientendaten:

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer **gesetzlichen Kasse** angeben:  private Zusatzversicherung

Bitte bei einer **Privatversicherung** angeben:  Beihilfeberechtigt

Standardtarif

Basistarif

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Abweichende Rechnungsanschrift:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihnen Ihre Rechnungen per E-Mail zugestellt werden? Ja  Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Zutreffendes bitte ankreuzen

Herzerkrankung

Diabetes

Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappen

Rheuma

Hoher Blutdruck

Schilddrüsenerkrankung

Niedriger Blutdruck

Lebererkrankung (Hepatitis)

Ohnmachtsneigung

Magen- / Darmerkrankung

Marcumar / Gerinnungshemmer

Lungenerkrankung / Asthma

Blutungsneigung / Bluterkrankung

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung

Nierenerkrankung

Epilepsie

sonstige schwere Erkrankung

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

empfindliche Reaktion auf bestimmte Medikamente

Wenn ja, bei welchen? \_\_\_\_\_

Medikamente

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Raucher

Für unsere weibliche Patienten: Sind Sie schwanger?

Haben Sie Interesse an **regelmäßiger Vorsorge**,  
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? ja  nein   
Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?  
 schriftlich  per E-Mail

### Grund Ihres Besuches

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Migräne-/Kopf-/Nackenschmerzen
- Kiefergelenkbeschwerden
- Knirschen
- Mundgeruch
- ich wünsche nur Schmerzbehandlung
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen
- Starke Schmerzempfindlichkeit
- Starker Würgereiz

Was haben Sie bisher beim Zahnarzt am Meisten vermisst?

### Beratungswunsch

- Professionelle Zahnreinigung
- Weiße Zähne (Bleaching)
- Zahnästhetik / Kosmetik
- Zahnfarbene Keramikfüllungen /-Kronen (CEREC)
- Amalgamsanierung
- Implantate / Implantatversorgung
- Zahnersatz
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte beim Erstbesuch im Quartal in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum, \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_