

Anamnesebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen im Zahnzentrum Ennigerloh! Bevor wir uns ausführlich mit Ihren zahnmedizinischen Wünschen und Erfordernissen auseinandersetzen und eine individuelle Behandlungsstrategie für Sie festlegen, benötigen wir neben den Daten zu Ihren Personalien auch einige Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Eine gewissenhafte Beantwortung folgender Fragen sichert eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

📍 Bahnhofstraße 5
D-59320 Ennigerloh

Praxis Fon 02524 2628-26

Labor Fon 02524 2628-24

Praxis Fax 02524 2628-25

www.zahnzentrum-ennigerloh.de

info@zahnzentrum-ennigerloh.de

Patient:

Name: Vorname: Geb.

Versicherte Person: identisch mit Patient

Name: Vorname: Geb.

Straße, Hausnr.: PLZ, Ort

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Krankenversicherung:

gesetzlich freiwillig privat PKV-Standardtarif Beihilfe Basistarif

Zahnzusatzversicherung: nein ja - und zwar:

Hausarzt:

Anliegen:

Das Hauptanliegen Ihres Praxisbesuchs:

Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Erfolgten im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Mund- oder Kieferbereich? ja nein

Ziehen Sie eine Behandlung unter örtlicher Betäubung vor? ja nein

Ich wünsche eine gezielte Beratung zu folgenden Themen:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung | <input type="radio"/> Schöneres Lächeln - ästhetische Zahnheilkunde |
| <input type="radio"/> Implantate (künstliche Zahnwurzeln) | <input type="radio"/> Kiefergelenkbehandlung (CMD) |
| <input type="radio"/> Zahnersatz | <input type="radio"/> Beratung für Schwangere |
| <input type="radio"/> Bleaching (Zahnaufhellung) | <input type="radio"/> CEREC - ästhetische Versorgungen in nur einer Sitzung |
| <input type="radio"/> Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung) | <input type="radio"/> Angstfreie Behandlung |
| <input type="radio"/> Amalgamaustausch / Amalgamalternativen | <input type="radio"/> Zahnarztbesuch mit Kind / Kinderzahnheilkunde |
| <input type="radio"/> Mundgeruchsprechstunde | <input type="radio"/> Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung |
| <input type="radio"/> Sonstiges | |



Gesundheitszustand (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung /-ersatz |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Bypass / Stent / Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Endokarditis-Prophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="checkbox"/> Neigung zu blauen Flecken |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV / Aids) | <input type="checkbox"/> Rheuma, rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung (z.B. Glaukom - grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Einnahme von Bisphosphonaten |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Neigen Sie zu Ohnmacht |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (ja oder vielleicht) |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? (Zigaretten pro Tag: ...) | <input type="checkbox"/> Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenver- |
| <input type="checkbox"/> Allergien (Allergiepass vorhanden? <input type="checkbox"/>) | spannungen, Rückenschmerzen oder Tinnitus? |
| Welche Allergien sind bekannt? | |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßige Medikamenteneinnahme | |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? | |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Telefonbuch Gelbe Seiten Internetpräsenz Internet-Suchmaschine Lage der Praxis
- auf Empfehlung von:

Möchten Sie unseren Recall-Service in Anspruch nehmen? ja nein

Mit unserem Erinnerungsservice werden Sie rechtzeitig an Ihre nächsten Termine bei uns erinnert.

- Wenn ja, dann per: Telefon:
- Brief:
- E-Mail:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten

Aufklärung über Ausfallhonorar

Sie kommen zur Arztbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass Sie Termine spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit für andere Patienten nutzen können. Sonst werden wir Ihnen die für Sie vorgesehene Zeit und die damit verbundene Vergütung in Rechnung stellen, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Wir bitten um Ihr Verständnis und sind bei Fragen dazu gerne für Sie da.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten