

Anamnesebogen

Sehr geehrter _____,

um uns wie bisher individuell auf Sie einstellen zu können, benötigen wir aktualisierte Informationen von Ihnen. Bitte überprüfen Sie die Angaben und ergänzen oder verändern Sie diese bei Bedarf. – Vielen Dank.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams.

Patient

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:

Wer ist Hauptversicherter?

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

E-Mail privat:

Telefonnummern

Privat:
Mobil:
Geschäftlich:

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name:
Adresse:

Beruf:
Arbeitgeber, Ort:

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja nein
Krankenkasse: Privat
Pflichtversichert: ja nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Leiden Sie an einer Allergie? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja

niedrigen Blutdruck? ja

Haben Sie Diabetes? ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein

HIV Hepatitis B Hepatitis C

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein

Leiden Sie unter Migräne?

ja nein

Haben Sie grünen Star?

ja nein

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?

ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

Sind Sie schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

Kontrolluntersuchungen

Professionelle Zahnreinigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

—
Rosenheim, _____
—
—