



# Anamnesebogen

Patient \_\_\_\_\_

Änderungen / Versicherter \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

privat versichert      wenn ja       Basistarif       Zahnzusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Bitte haben Sie Verständnis für die nachfolgenden Fragen:

| Leiden Sie an:   | Ja                       | Nein                     | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| hohem <input type="checkbox"/> niedrigem <input type="checkbox"/> normalem <input type="checkbox"/> Blutdruck? Bluterkrankungen (Leukämie, Bluter,...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen? Lebererkrankungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma/Lungenerkrankungen? Nierenerkrankungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nervenerkrankungen, Anfallsleiden (Epilepsie,...) ? Tumorerkrankungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankungen (grüner Star, Glaukom,...) ? Infektionserkrankungen (Aids, Hepatitis,...) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma? einer Abhängigkeit (Drogen, Alkohol,...) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) ? Welcher Typ? <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Haben oder hatten Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Welche?   |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche?  |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine künstliche Herzklappe?  |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten? Welche? _____  |                          |                          |                          |                          |
| Nehmen Sie Medikamente? Welche? _____  |                          |                          |                          |                          |
| Künstliche Gelenke? Wenn ja, welche? _____   |                          |                          |                          |                          |
| Sonstige Erkrankungen? _____   |                          |                          |                          |                          |
| Wann wurden Sie zum letzten mal geröntgt? (Jahr) _____   |                          |                          |                          |                          |

Möchten Sie per SMS an Ihren nächsten Termin erinnert werden?

Handy-Nummer \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Bitte erinnern Sie uns bei Ihrer nächsten Terminvergabe noch einmal. Danke!

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

Wir sind eine reine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, ist weder er noch seine Mitarbeiter in dieser Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb rechtzeitig, (das heißt möglichst 24 Stunden vorher) abzusagen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage werden wir Ihnen keine Termine mehr anbieten können. Ausfallzeiten können nach§§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden. Die Kosten für die Ausfallberechnung betragen 25 Euro pro 15 Min.

Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) \_\_\_\_\_