

Anamnese- und Beratungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Damit wir unsere Behandlung optimal auf Ihre individuellen Bedürfnisse und Anforderungen ausrichten können, benötigen wir bestimmte Angaben über Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen vollständig aus.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Fragen sprechen Sie bitte Ihren Behandler an.

Patient:

Herr / Frau / Kind _____

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Tel / mobil

Privat

mobil

geschäftlich

E-Mail / Fax

E-Mail

Fax

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

Mitglied / Familienvers. / Rentner _____

freiwillig versichert ja / nein

private Zusatzversicherung ja / nein

bei: _____

für Privatpatienten: Basistarif (2,0) Standardtarif (1,8) Beihilfeberechtigt
Wurden Sie an unsere Praxis überwiesen? Nein Ja von _____

Sind sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Nein wenn ja, warum

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche:

Nehmen Sie Bisphosphonate? Nein Ja

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche: _____

Wenn Allergiepass vorhanden, bitte vorlegen!

Wurden in den letzten zwölf Monaten Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?

Wenn ja, in welcher Praxis: _____

Liegen oder lagen bei Ihnen eine/r oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Umstände vor?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Regelmäßige Medikamenteneinnahme |
| <input type="radio"/> Tumorerkrankung | <input type="radio"/> Erhöhte Blutungsneigung |
| <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Hoher Blutdruck <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Bluterkrankung |
| <input type="radio"/> Dialyse | <input type="radio"/> Herzkrankheit |
| <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Marcumar |
| <input type="radio"/> Hepatitis C | <input type="radio"/> Endokarditis Prophylaxe |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Orthopädische Probleme |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Allergiepass |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Augenerkrankung |
| <input type="radio"/> Grüner Star | <input type="radio"/> Lebererkrankung |
| <input type="radio"/> Diabetes/Zuckererkrankung | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="radio"/> Kreislaufprobleme | <input type="radio"/> Asthma |
| <input type="radio"/> Lähmung | <input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> Sonstige Krankheiten: _____ | |

Bei Bestehen einer Schwangerschaft: Schwangerschaftswoche ___SSW

Möchten Sie ein Beratungsgespräch über ein bestimmtes Thema?

(z.B. professionelle Zahnreinigung, festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz, Implantate, Bleaching etc.)

Datum: _____ Unterschrift: _____