



ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patienten,

um einen komplikationslosen Behandlungsablauf und eine optimal auf Sie abgestimmte Behandlung vornehmen zu können, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Bitte füllen Sie hierfür die auf diesem Formular aufgeführten Daten gewissenhaft und soweit möglich vollständig aus.

Ihre Angaben unterliegen sowohl der Schweigepflicht als auch dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Ihr Team der Zahnarztpraxis Fröhlich.

.....
Name/Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße/Hausnummer

.....
PLZ/Ort

.....
Telefon/Festnetz

.....
Telefon/Mobil

.....
E-Mail-Adresse

.....
Hausarzt

Versicherung:

.....
Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Zusatzversicherung

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

.....
Name/Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße/Hausnummer

.....
PLZ/Ort

bitte wenden |

ANAMNESEBOGEN

Da Erkrankungen, Allergien und die Medikamenteneinnahme durchaus eine zahnärztliche Behandlung beeinflussen können, bitten wir Sie nachfolgende Angaben sorgsam zu hinterlegen. Dies ermöglicht unserem Team eine optimale Vorbereitung und eine komplikationsarme Behandlung durchzuführen.

Allgemeinanamnese:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Herzerkrankungen

Wenn ja, welche?

Herzinfarkt

Angina pectoris

Herzschrittmacher

Herzklappenersatz

Endokarditisprophylaxe
notwendig

Schlaganfall

Blutgerinnungsstörung

Schilddrüsenerkrankung

Diabetes

Lungenerkrankung (z. B. Asthma, COPD)

Knochenerkrankungen (z. B. Osteoporose)

Nierenfunktionsstörungen

Infektiöse Erkrankungen (z. B. HIV, Tuberkulose)

Lebererkrankungen (z. B. Hepatitis)

Tumorerkrankungen

Augenerkrankungen (z. B. Glaukom)

Magen-Darm-Erkrankungen

Depressionen

Allergien

Wenn ja, welche?

Andere Erkrankung / Besonderheiten

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

.....
.....
.....

Unverträglichkeit gegen Medikamente

Wenn ja, welche?

.....
.....

Unverträglichkeit gegenüber zahnärztlicher Spritzen?

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viel pro Tag?

.....
.....

Röntgen:

Wurden im Kopf-Hals-Bereich Aufnahmen angefertigt?

Wenn ja, wann?

.....
.....

Patientinnen:

Besteht eine aktuelle Schwangerschaft?

Wenn ja, in welcher Woche?

.....
.....

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für die im Folgenden genannten Zwecke genutzt werden dürfen:
Kontaktaufnahme durch Mitarbeiter unserer Praxis per Email, SMS, Telefon, Brief oder Postkarte u.a. zur Terminvergabe und Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen.

Ich bestätige die Korrektheit sowie Vollständigkeit der von mir auf dem Anamnesebogen hinterlegten Angaben.
Ich willige ein, dass jene ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten