



Anamnese- und Beratungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkungen auf unterschiedlichste Krankheiten haben können. Vielen Dank!

Name, Vorname

Beruf

geb. am

Strasse

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon gesch.

E-Mail

Ich bin gesetzlich versichert Zusatzversicherung

privat versichert **Name der Krankenkasse**

familienversichert bei Vater/ Ehemann Mutter/ Ehefrau

Name des Mitgliedes

geb. am

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

(z.B. Schmerzen, Zahnfleischbluten etc.)

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja **Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja **Wenn ja, welche?**

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit? (Wenn ein Allergiepass vorhanden ist: Bitte vorlegen!)

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?

Ja **Wenn ja, wo ?**

Haben Sie für die Behandlung besondere Wünsche?

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten

Herzinfarkt? Schlaganfall? Lähmung? Wenn ja, wann?

zu hoher Blutdruck?	Ja <input type="checkbox"/>	Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
zu niedriger Blutdruck?	Ja <input type="checkbox"/>	Aids / HIV	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma (schwere Atemnot)	Ja <input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutungsneigung?	Ja <input type="checkbox"/>
Herzschrilltmacher?	Ja <input type="checkbox"/>	Bluterkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	Ja <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen?	Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankung/Grüner Star?	Ja <input type="checkbox"/>	ASS 100/ Marcumar?	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Tuberkulose?	Ja <input type="checkbox"/>
		Sonstiges?	Ja <input type="checkbox"/>

Für weibliche Patienten

Sind Sie schwanger? Ja In welcher Woche?

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?

Ja, gerne telefonisch E-Mail

Interessieren Sie sich für Vorsorgemöglichkeiten zum langfristigen Erhalt Ihrer Zähne?

Ja

Ich möchte gerne zu folgenden Themen informiert werden:

- Ja, über professionelle Zahnreinigung
- Ja, über Gold- bzw. Keramikfüllungen / Inlays
- Ja, über Karies- und Parodontosevorsorge
- Ja, über Kronen und Brücken
- Ja, über Zahnfarbenaufhellungen
- Ja, über Implantate
- Ja, über Amalgamaustausch und Alternativmaterialien
- Ja, über Fissurenversiegelung
- Ja, über Prophylaxe bei Kindern

- Ja, über ...

Für neue Patienten

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? Ja Wenn ja, von wem?

Wir nehmen uns Zeit für Sie! Deshalb unsere Bitte: Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie dringlich, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, Prothetik und OP-Termine mindestens 3 Tage vorher, ansonsten werden wir Ihnen eine Ausfallgebühr entsprechend der Ausfallzeit erheben!

Datum Unterschrift

Herzlichen Dank, Sie haben uns mit dem Ausfüllen des Bogens geholfen, damit wir noch individueller auf Ihre Situation und Wünsche eingehen können.