

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Marius Wego & Team

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Tel.: Festnetz _____

Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Versicherung / Krankenkasse _____

gesetzlich versichert

Zahnzusatzversicherung

privat versichert

Basistarif

Studentische
Versicherung

Beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____

Ort _____

Tel.: _____

Hinweise zur Organisation

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert.

Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten.

Im Falle der nicht rechtzeitig erfolgten Absage behalten wir uns vor, Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Praxis Dolfen

überweisender Arzt

Anzeige

persönliche Empfehlung

Internet

sonstiges

von: _____

wo: _____

Informationen zu Ihrer Rechnung

Das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass wir uns zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren können. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, übertragen wir unsere Abrechnung und die Buchhaltung an die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG.

Die Rechnungsstellung über **ZA-AG** ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

Zahnarzt Marius Wego

Kirchplatz 20 – 41812 Erkelenz-Lövenich – Tel.: 02435/3000 – info@zahnarzt-wego.de – www.zahnarzt-wego.de

Anamnesebogen

Warum suchen Sie uns auf?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle | <input type="radio"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Beratung | <input type="radio"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> andere Gründe |
-

haben Sie akute Schmerzen? wenn ja, wie äußern sich diese?

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> Dauerschmerz
<input type="radio"/> Zähne reagieren auf süß / sauer
<input type="radio"/> manche Zähne sind temperaturempfindlich
<input type="radio"/> Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
<input type="radio"/> Zähne schmerzen auch ohne Belastung
<input type="radio"/> Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
<input type="radio"/> Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen | |

leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kreislauf | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber / Galle | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke / Rheuma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hals / Nase / Ohren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

haben oder hatten Sie ...

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Grünen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C |
| Allergien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |

Wenn ja, wogegen? _____
 eine Gelenkprothese ja nein
 (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)
 Wenn ja, wo genau? _____

sonstige Infektionen / Erkrankungen:

zu Ihrem Herzen: haben oder hatten Sie...

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Stents | <input type="radio"/> Bypass |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Herzklappen-entzündung | <input type="radio"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Angina Pectoris | <input type="radio"/> |
-

Medikamente: nehmen Sie...

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente | <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel | <input type="radio"/> Antidepressiva |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? | |
| <input type="radio"/> Bisphosphonate | |
| <input type="radio"/> andere Medikamente: | |
-

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|

Falls ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

sind Sie schwanger? ja nein
 Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fühlen Sie sich im Moment psychisch stark belastet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, wie viel ca.?	_____ Zigaretten am Tag	

Fragen / Anmerkungen:

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

.....
 Ort / Datum

.....
 Unterschrift