

Anamnesebogen

Sehr verehrte Dame, sehr geehrter Herr,
 ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, beide Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen.

Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.



Vielen Dank für Ihre Mühe!
 Ihre Zahnärzte
 Dr. med. dent. Frank Dwornik
 & Judith Claßen

 Ort/Datum

 Unterschrift

Patient

Name	Vorname
Straße	PZL / Ort
Geburtsdatum	Beruf
Arbeitgeber	Adresse
Krankenkasse	Hausarzt
Telefon privat	Fax privat
Mobil	Telefon geschäftlich
E-Mail-Adresse	

Versicherter (Eltern, Ehegatten)

Name	Vorname
Straße	PZL / Ort
Geburtsdatum	Beruf
Arbeitgeber	Adresse
Telefon privat	Mobil

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Beihilfeberechtigt
- Freiwillig versichert
- Private Zusatzversicherung
- Privat versichert

Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Kiefergelenksprobleme
- Zahnlockerung
- Zahnfehlstellung
- Mundgeruch
- Zähneknirschen
- Probleme mit Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Neuer Zahnersatz
- Sonstiges: _____

Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge
- Implantate
- Amalgamentfernung
- Kiefergelenksbehandlung
- Zahnersatz
- Keramik-Inlays
- Keramik-Verblendschalen
- Zahnaufhellung
- Zahnfleischbehandlung
- Alternativen zum Amalgam
- Kieferorthopädie (Zahnsperre)
- Keramikkrone und -brücke
- Ästhetische Zahnbehandlung
- Sonstiges: _____

Angaben zum Gesundheitszustand

Krankheiten, Allergien und Medikamenten-Unverträglichkeiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren Allergie-Pass zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit Medikamente einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

- Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung. Wenn ja, welche?
- Marcumar
- Herz - ASS
- Sonstige: _____

Allergien: _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein Menge pro Tag: _____
 Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn ja, welcher Monat? _____

Erkrankungen

- Hoher Blutdruck
- Herz-Fehler
- Endokarditis
- Herz-Schrittmacher
- Herzinfarkt
- Asthma/Lungenkrankheit
- Depressionen/Psychosen
- Nierenerkrankungen
- Epilepsie
- Blutgerinnungsstörungen
- Schilddrüsenüberfunktion
- Niedriger Blutdruck
- Herzklappenersatz
- Herz-Operationen
- Immunschwäche (HIV)
- Nervenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Herzrhythmusstörungen
- Schlaganfall
- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenunterfunktion
- Rheuma
- Hepatitis
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Sonstige: _____

Meine Behandlungswünsche:

- Ich möchte das Beste für meine Zähne. Bitte informieren Sie mich über die für mich optimale Behandlung, auch wenn meine Krankenkasse möglicherweise nicht alles erstattet.
- Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden
- Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze
- Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden
- Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen
- Sonstige: _____

Terminvereinbarung:

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Homepage heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bitte senden oder faxen Sie ihn uns ausgefüllt zu und kreuzen Sie unten an, in welcher Form die Terminvereinbarung erfolgen soll:

- Ich habe bereits einen Termin vereinbart.
- Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an! (Tel.:02461/345980)
- Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an!

Telefonnummer

Uhrzeit