



ZAHNARZTPRAXIS
Dr. Stephan Thumerer

ANAMNESEBOGEN

Patient:

Name _____

Vorname _____

Mitglied/Versicherter:

Name _____

Vorname _____

Anschrift:

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____

Mobil _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

Beihilfeversichert

zusätzlich versichert

freiwilligversichert

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt/ärztin? _____

Allgemeine Situation

Medikamentenallergie, sonstige Allergien? _____

Blutdruck:

hoch normal niedrig

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Herzerkrankungen/Herzrythmusstörungen

ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher

ja nein

Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS)?

ja nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)

ja nein

Schilddrüsenerkrankung

ja nein

Asthma

ja nein

Epilepsie

ja nein

sonstige Erkrankungen

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie oder haben Sie Biphosphonate eingenommen?

ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel/Tag? _____

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja ___(Woche) Nein Ungewiss

Bitte wenden →

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches? _____

Zahn- Mund-Situation

Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?

ja nein

Empfindliche Zähne

ja nein

Zahnfleischbluten

ja nein

Zahnfleischrückgang

ja nein

Geräusche im Kiefergelenk

ja nein

Schmerzen am Kopf oder im Nacken

ja nein

Wurde bei Ihnen eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?

ja nein

Benutzen Sie Zahnseide oder Interdentalbürstchen?

ja nein

Welche Zahnbürste verwenden Sie?

manuell elektrisch Ultraschall

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Karies- und Parodontitisprophylaxe

Zahnfarbene Füllungen

Amalgamentfernung

Gold- bzw. Keramikfüllungen

abdruckfreie Kronen und Inlays

Parodontitisbehandlung

Implantate

Zahnersatz

Kiefergelenksbehandlung

Schienentherapie

Auf Wunsch erinnern wie Sie gerne rechtzeitig an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung

keine Erinnerung

per Telefon

per Postkarte

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Wir sind eine Bestellpraxis und sorgen mittels unserer Terminplanung dafür, dass für unsere Patienten so gut wie keine Wartezeiten entstehen. Wir bitten Sie reservierte Termine falls notwendig rechtzeitig – 48 Stunden vorher abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

Ich erkläre mich damit einverstanden das Ausfallzeiten nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO in Rechnung gestellt werden können.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner oben gemachten Angaben

Bibertal den _____

Unterschrift _____