

Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen. Wir bitten Sie, uns einige Angaben zu Ihrer Person zu geben. Mit dem Ausfüllen dieses Anamnesebogens tragen Sie zu einem einfacheren Ablauf der Praxis-Organisation bei und verkürzen somit die Wartezeiten. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und kreuzen Sie die zutreffende Antwortmöglichkeit deutlich an.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Kontakt

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

Bei Minderjährigen: Vor- und Nachname des/der Erziehungsberechtigten

PLZ, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Geburtsdatum

Krankenkasse/Versicherung

Name der Krankenkasse/Versicherung:

Gesetzlich versichert Selbstversichert Familienversichert

Falls ja über wen? Ehefrau Ehemann Mutter/Vater

Privat versichert Basistarif Beihilfe berechtigt Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Hausarzt:

Name

Anschrift

Allgemeine Angaben:

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nehmen Sie regelmäßig Drogen ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Liegt eine Unfallverletzung im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie häufig Kopf-/Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einer Essstörung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Sind Sie schwanger? (für Frauen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Gesundheitsfragen:

Um gesundheitliche Risiken bei der Behandlung zu vermeiden und Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen zu lassen, ist es wichtig, dass Sie die folgenden Fragen gewissenhaft beantworten:

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen:	Ja	/	Nein	Falls Sie mit Ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
Herz- und Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Herzklappenfehler /- ersatz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Mangeldurchblutung des ZNS / Apoplex	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung bzw. Einnahme von Blutgerinnungshemmern (z.B. Xarelto, Marcumar, ASS)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen: (Überfunktion oder Unterfunktion)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Diabetes : (Typ I / Typ II - bitte mit angeben)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Glaukom (Grüner Star)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Tumor/ Krebs/ Karzinom	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Fand in der Vergangenheit oder findet aktuell eine Bestrahlung des Kopfbereiches statt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten: HIV, Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an anderen, bisher nicht aufgeführten Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Gesundheitsfragen:

Allergien	Ja /	Nein	Falls Sie mit Ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamente			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Medikamentenliste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen (z.B. Zometa, Actonel, Alendronat, Fosamax)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig.

Zahnmedizinische Angaben	Ergänzende Angaben
Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?	
Wann und wo wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?	
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	
Tragen Sie nachts eine Schiene?	
Haben Sie schon einmal Mundgeruch bei sich bemerkt?	
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	

Besuchsgrund: Bitte beschreiben Sie uns möglichst genau den Grund Ihres Praxisbesuchs.

Kontrolltermin Prophylaxe Schmerzbehandlung

Weiter Gründe: _____

Wünschen Sie sich eine gesonderte Beratung zu:

Implantaten Bleaching Ästhetik

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überwiesen Empfohlen

Durch Zeitschriften oder Tageszeitungen:

Anzeigen/Presseartikel in folgendem Medium: _____

Über das Internet:

Homepage Google Facebook / Instagram YouTube/Vimeo
 Gelbe Seiten Ärztbewertungsportale (z.B. Jameda, Sanego ,Arzt-Auskunft,..) Sonstige Internetpräsenz

Außenwerbung (Plakat/Schilderwerbung) _____
Ort: _____

- Sie sind verpflichtet, uns auch in Zukunft über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer persönlichen Daten, Ihrer Versicherung, Vorliegen einer Schwangerschaft etc. unaufgefordert zu informieren.
- Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
- Sie sind verpflichtet Termine 24 Stunden vorher abzusagen.
- Bei Nichteinhaltung von Terminen ohne vorherige Absage kann der entstandenen Honorarverlust in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).
- Ich bin damit einverstanden, über anstehende Behandlungen, Untersuchungen oder Termine per Telefon, Mail oder Post informiert zu werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Zusatz zum Coronavirus (SARS-CoV-2)

Aus aktuellem Anlass bitten wir Sie zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 folgende Fragen zu beantworten:

Einschätzung zur Infektionsgefährdung	Ja	/	Nein
Waren Sie vor kurzem in einem vom RKI ausgewiesenen Risikogebiet?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten Corona-Virus-Fall?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Haben Sie Anzeichen einer Corona Virusinfektion (Husten, Halskratzen oder -schmerzen, Fieber oder Atemnot)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Haben Sie bereits eine Corona-Infektion überstanden?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>