

ANAMNESEBOGEN der Fachpraxis für Zahnheilkunde Dr. M.-G. Marcus

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bitte füllen Sie diesen Bogen für die Behandlung vollständig und wahrheitsgemäß aus. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

Patient(in): Name, Vorname: geb.:

Anschrift: Tel.:

Versicherte(r): Name, Vorname: geb.:

Anschrift: Tel.:

Beruf: Arbeitgeber: Tel.:

Kostenträger (Krankenkasse / Privatversicherung / Selbstzahler):

Ich bin pflichtversichert ja nein Ich bin freiwillig versichert ja nein Ich bin beihilfeberechtigt ja nein

Ich habe eine Zahnzusatzversicherung ja nein Ich bin Basistarif versichert ja nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? War diese abgeschlossen? ja nein

Warum kommen Sie heute in unsere Praxis?

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?	Blutdruck	niedrig <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung / Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose, Aids) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Blutungsneigung / Blutverdünner <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Lebererkrankung (z.B. Hepatitis) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Herzschrillmacher / Herzklappenersatz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Asthma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Rheuma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

Haben Sie sonstige Erkrankungen?

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. ein?

Haben Sie eine (Medikamenten-) Allergie (z.B. Penicillin, Jod)? ja nein

Wenn ja, welche?

Von welchem Hausarzt werden Sie behandelt? Tel.:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein evtl Rauchen Sie? ja nein

Erfolgten im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich? ja nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden? ja nein

Ich versichere, dass jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung sofort mitgeteilt wird. Mir ist bekannt, dass Betäubungen bzw. Medikamente die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

Berlin, den

Unterschrift