

Anamnesebogen

Patientenname: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
 Name Mitglied: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
 Anschrift: _____
 Telefon-privat: _____ Handy: _____ e-Mail: _____
 Krankenkasse: _____ Beruf: _____ Arbeitgeber : _____
 Dienstanschrift: _____ Dienststel.: _____

Leiden Sie an	ja / nein
Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen, Niereninsuffizienz (Dialyse)?	_____
Haben Sie einen Herzpass, eine künstliche Herzklappe, einen Herzschrittmacher?	_____
Infektionskrankheiten wie z. B. Hepatitis, TBC, HIV etc.	_____
Wurde bei ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? _____ Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	_____
Diabetes, Asthma, Schilddrüsen- oder Bluterkrankungen?	_____
Haben Sie einen Tumor, eine Transplantation oder Osteoporose?	_____
Haben Sie in den letzten Jahren Biphosphonate als Medikament erhalten?	_____
Allergien oder Arzneiüberempfindlichkeiten (z.B. Penicillin)?	_____
Nehmen sie regelmäßig Medikamente oder Drogen ein?	_____
Wenn ja, welche? _____	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	_____
Wann wurde im Kieferbereich das letzte Röntgenbild gemacht?	_____
Über welche zahnmedizinischen Aspekte möchten sie gern nähere Informationen haben?	_____

Was macht ihrer Meinung nach einen Zahnarztbesuch besonders unangenehm?

Wie können wir ihnen ihre Vorbehalte beseitigen, wie können wir ihnen helfen?

Legen Sie Wert auf unseren Erinnerungsservice? Ja per e-Mail telefonisch schriftlich

Haben sie einen Hausarzt? (Name, Adresse, Tel.) _____

Auf wessen Empfehlung kommen sie in unsere Praxis? _____

Sollten sich ihre Angaben verändern, bitten wir sie, dies uns mitzuteilen. Vielen Dank!

Datum : _____ Unterschrift : _____