

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen in unserer Praxis.

Wir bitten Sie, den vorliegenden Anamnesebogen vollständig und gut leserlich auszufüllen und an der Anmeldung abzugeben.

Vielen Dank!

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Erziehungsberechtigte(r)

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

Überweisung / Empfehlung durch...

Krankenversicherung

Zutreffendes bitte ankreuzen und Namen der Krankenversicherung eintragen.

Gesetzlich

Implantat Zusatzversicherung

Privat

Beihilfe

Unser Praxisteam ist bemüht, die Terminplanung nach Absprache mit unseren Patienten zu koordinieren, um für Sie kurze Wartezeiten einrichten zu können. Dieser Service kann nur dann perfekt genutzt werden, wenn Termine eingehalten oder rechtzeitig umgebucht (24h im Voraus) werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde (Röntgenbilder, Histologische Befunde etc.) an meine behandelnden Ärzte/Zahnärzte übermittelt werden dürfen (per Post, per Mail, per Telefon etc.).

Diese Erklärung kann jederzeit ganz oder teilweise von Ihnen widerrufen werden.

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich den vorliegenden Text verstanden und in der Krankengeschichte (Anamnese) alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Roth, den

Unterschrift

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ja nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt ja nein
- Herzerkrankung ja nein
- Herzoperation ja nein
- Herzschrittmacher ja nein

Wenn ja, wann

Infektionserkrankungen

- HIV ja nein
- Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- andere:

Wenn ja, welche

und wann

Allergien / Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Antibiotika ja nein
- andere:

Wenn ja, welche

Wenn ja, welche

Wenn ja, welche

Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Asthma ja nein
- Lungenerkrankung ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Rheuma ja nein
- Epilepsie ja nein
- Diabetes ja nein
- Nierenfunktionsstörungen ja nein
- Tumorerkrankungen ja nein

Wenn ja, wo

wann

- Chemotherapie/Bestrahlung ja nein
- andere:

Allgemeine Angaben

- Raucher ja nein
- Regelmäßige Medikamente ja nein
- Neigen Sie zu Würgereiz? ja nein
- Röntgenaufnahme Kieferbereich (in den letzten 6 Monaten) ja nein
- Schwangerschaft ja nein

Wenn ja 0 – 10 über 10 Zigaretten pro Tag

Wenn ja, welche

Wenn ja, welcher Monat?

Monat