

ANAMNESEBOGEN



Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass wir Sie in unserer Praxis begrüßen dürfen. Um Ihnen unnötige Wartezeit ersparen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen möglichst vor Ihrem Termin gewissenhaft und vollständig auszufüllen und mitzubringen oder uns vorab zuzusenden. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Ihre Angaben werden von uns ggf. auch elektronisch gespeichert und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
Postleitzahl/Stadt: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____
Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____
Name des Versicherten: _____
Name des Zahlungspflichtigen: _____
Ihre Krankenkasse/ private Krankenversicherung: _____

Gesetzlich versichert Privat versichert Basistarif Zusatzversicherung

Möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden?

Ja Nein

Recall

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte/Verwandte: _____

Internet: Praxis-Homepage Google

Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____

Sonstiges: _____

Zahnmedizinische Auskünfte

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Ja Nein

Gibt es Röntgenbilder, die nicht älter als 2 Jahre sind?

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztliche Behandlung Komplikationen auf?

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?

Leiden Sie Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen/Schließen des Mundes?

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Sonstige Beschwerden, welche? _____

ANAMNESEBOGEN

Allgemeinmedizinische Auskünfte

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende/gerinnungshemmende Medikamente? Welche? _____

Sind Sie schwanger? Ja _____ Monat Nein

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappen-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose, Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien, welche? _____

Sonstige Erkrankungen, welche? _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit!

Lokale Betäubungen im Mund- und Kieferbereich können Nebenwirkungen haben.
Nach der Behandlung kann Ihre Verkehrstüchtigkeit und Reaktionsweise eingeschränkt sein.
Risiken können ferner das Auftreten einer allergischen - oder Kreislaufreaktion sein.
Bleibende Schäden wie Gefühllosigkeit in der Unterlippe oder dauerhafte Missempfindungen treten äußerst selten auf, sind aber nicht auszuschließen.

Ort, Datum

Unterschrift



Zahnarztpraxis am Lindenplatz
Dr. Duran Yalcinkaya
Fahltskamp 1
25421 Pinneberg
04101/27474
praxis@zahnarztpraxis-lindenplatz.de