



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten und für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung sorgen zu können, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie deshalb diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, sprechen uns bitte an.

Wir helfen Ihnen gerne!

Ihr Team der Praxis Lang

Persönliches

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	Telefon Arbeit	
E-Mail		Beruf, Arbeitgeber	

Versicherung

Krankenkasse/ Versicherung

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Gesetzlich versichert | <input type="radio"/> Kostenerstattung | <input type="radio"/> Zusatzversicherung |
| <input type="radio"/> Privat versichert | <input type="radio"/> Basistarif | <input type="radio"/> Standardtarif |
| <input type="radio"/> Beihilfeberechtigt | | |

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße		PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung Internet Sonstiges: _____



Allgemeine Gesundheitsdaten

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionskrankheiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige: _____		
Herzerkrankungen wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie Medikamente ein? wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____			<input type="radio"/> Bisphosphonate: _____		
_____			<input type="radio"/> Herzmedikamente: _____		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cortison: _____		
Rheumatische Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Schmerzmittel: _____		
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Antidepressiva: _____		
Allergien wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Clopidogrel, Ticlopidin):		
_____			_____		
_____			Sonstige: _____		
Krampfanfälle/Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Grüner Star/ Glaukom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen:			Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____			wenn ja, welche		
_____			_____		
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ihr Hausarzt: _____		
Für unsere Patientinnen:					
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
wenn ja, welche Woche: _____					



Möchten Sie von uns an Ihren halb-jährlichen Kontrolltermin erinnert werden?

Ja Nein

Terminreminder per: E-Mail Telefon

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt:

Wir weisen Sie daraufhin hin, dass zu den vereinbarten Terminen Zeit für Sie reserviert wird. Damit ersparen wir Ihnen in der Regel die anderorts vielfach üblichen Wartezeiten. Wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, müssen Sie diese mindestens 48 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit anderweitig vergeben können.

Nicht eingehaltene Termine bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden deshalb gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt, es sei denn am Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit ihrer Angaben, die Zurkenntnisnahme unserer Hinweise sowie die separat ausgehändigten Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____