

Anamnesebogen

Zahnarztpraxis Dr.Marb

Grüß Gott, wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!
Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

PATIENT

Name/Vorname.....geb. am.....
PLZWohnort.....
Straße/ Hausnr..... Tel.....
Arbeitgeber.....Tel.....
Krankenkasse.....
Zusatzversicherung ()ja () nein
Pfleigestufe ()ja Grad..... () nein
Hausarzt.....

VERSICHERTER

Name/ Vornamegeb. am.....
Falls andere Adresse..... Tel.....

BONUSHEFT

Waren Sie die letzten 5 oder 10 Jahre zur jährlichen Vorsorge bei einem Zahnarzt ?
()ja () 5Jahre () 10 Jahre
()nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Boxberg, den.....Unterschrift.....

Anamnesebogen

Zahnarztpraxis Dr.Marb

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle:.....
Sonstige:.....

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Besteht eine Schwangerschaft ja nein

Asthma/Lungenerkrank. ja nein
Zuckerkrankheit ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Osteoporose ja nein
Raucher ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Drogenabhängigkeit ja nein
Nierenerkrankung ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein
Rheuma/Arthritis ja nein
Sonstige Erkrankungen.....
.....

Stammzellentransplantiert ja nein
Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
Organtransplantiert ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit ja nein

Nehmen Sie Medikamente ja nein

Wenn ja, welche?.....
.....
.....

Nehmen Sie Bisphosphonate ja nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie ja nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung ja nein
Nehmen Sie hoch dosiert Steroide ja nein

Boxberg, den..... Unterschrift.....