

Anamnesebogen Erwachsene

Zahnarztpraxis Eckart Tantzen
Astrid-Lindgren-Ring 1
26316 Varel
Tel: 04451-950075

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, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:	PLZ:	Ort:
Telefon:	Mobil:	Email:

Nr.	Frage
1	Arbeitgeber/ Beruf
2	Name der Krankenkasse / Versicherung <input type="checkbox"/> Kasse (pflichtversichert) <input type="checkbox"/> Kasse (freiwillig versichert) <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Privat (Basistarif) <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
3	Sind Patient und Versicherungsnehmer nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers (Name, Adresse, Geburtsdatum)
4	Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? <input type="radio"/> Freunde / Bekannte <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Telefonbuch <input type="radio"/> Überweisender Arzt Sonstiges:
5	Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie an Ihre Vorsorge per Email zu erinnern? - Geben Sie oben unbedingt Ihre Email- Adresse an. <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
6	Allgemeine Gesundheitssituation <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck (Hypertonie) <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck (Hypotonie) <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Sonstige- Bitte unten angeben Angaben zu Herzerkrankungen / Allergien / Sonstige Erkrankungen
7	Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tuberkulose

	Sonstige:
8	Nehmen Sie Medikamente ein? (wenn ja, welche:) <input type="checkbox"/> Herzmedikamente _____ <input type="checkbox"/> Schmerzmittel _____ <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente _____ <input type="checkbox"/> Cortison _____ <input type="checkbox"/> Antidepressiva _____ <input type="checkbox"/> Sonstige- bitte Angaben unterhalb! Sonstige:
9	Allgemeine Angaben <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder der Zähne angefertigt, wo? _____ <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (wenn ja, welcher Monat) _____

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann somit häufig vermieden werden. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum	Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter
Varel, 09.10.2019	