

Anamnesebogen Zahnarztpraxis Martina Bauer

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen und von uns streng vertraulich behandelt werden.

Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit. Herzlichen Dank!

Patient/-in

Herr/Frau/Kind

Name

Vorname

geboren am

Anschrift

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Mitglied/Zahlungspflichtiger

bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r

Name

Vorname

geboren am

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Beruf des Patienten

Berufsbezeichnung

Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Hausarzt

Name des Arztes/der Praxis

Telefon

Ort

Name des Kostenträgers

Krankenkasse oder Versicherung

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

ja

nein

Hatten/haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

bei "Ja" bitte ankreuzen

Asthma

Bluterkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Diabetes

Blutgerinnungsstörung

Nierenfunktionsstörung

Rheuma

MRSA

Creutzfeld-Jakob

Osteoporose

Leberkrankheiten

Tumor/Karzinom/Krebs

TBC

Hepatitis A/B/C

Nehmen Sie in diesem

HIV Infektion

Epilepsie

Zusammenhang Bisphosphonate?

Bestehen Allergien?

ja

nein

wenn ja, welche?

Herzinfarkt

Nehmen Sie Marcumar oder andere Blutverdünner?

ja

nein

Schlaganfall

ja

nein

Lähmungen

ja

nein

Blutdruck

Anamnesebogen Zahnarztpraxis Martina Bauer

niedrig

normal

hoch

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja

nein

Rauchen Sie?

ja

nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja

nein

wenn ja, welche?

Liegt eine Unfallverletzung im
Mund-/ Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?

ja

nein

wenn ja, welcher Art

Sonstige Angaben

Legen Sie Wert auf eine Behandlung
unter örtlicher Betäubung?

ja

nein

Wann war (etwa) ihre letzte Röntgenuntersuchung?

Datum, Körperteil

Haben/Wollen Sie ein Bonusheft?

ja

nein

Sind Sie an einer Professionellen Zahnreinigung interessiert?

ja

nein

Durch wen/Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner gemachten Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Die Datenschutzbestimmungen laut DSGVO hängen in den Praxisräumen aus.
Die Kenntnisaufnahme bestätige ich mit meiner Unterschrift ebenfalls.

Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter