

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, 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.

Ihr Dr. Wolfgang Heck

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Name, vomame	Geburtsdatum	Gebuitsort
Ct. 0	D. 11.15-11.04	
Straße	Postleitzahl, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
Email	Beruf, Arbeitgeber	
Versicherung (bitte ausfülle	n):	
Krankenkasse		
Gesetzlich versichert		Privat <u>nicht</u> im Basistarif
Zusatzversicherung bei		Privat im Basistarif
		Privat Beihilfe berechtigt
Wenn Sie nicht selbst versichert sind	l, nennen Sie uns bitte den Versich	nerten:
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße	Postleitzahl Ort	

Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Patienten: Wird die Gesundheitskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte GOZ.

Wie wurden Sie auf unsere P	raxis aufmerksam	?
Bei wem dürfen wir uns für die Ei	mpfehlung bedanken? _	
Im Vorbeigehen Google	Jameda	Sonstiges:
_		
Allgemeine Gesundheitssitua	•	agen beantworten):
Hoher Blutdruck	Ja Nein	HIV (auch unter Nachweisgrenze)
liedriger Blutdruck		HepatitisB CB
		Tuberkulose
Slutgerinnungsstörung		Sonstige:
chlaganfall		Nehmen Sie Medikamente ein?
Diabetes		wenn ja, welche:
lerzerkrankungen		Herzmedikamente:
wenn ja, welche:		Kortison:
		Schmerzmittel:
childdrüsenerkrankung		
Rheumatische Krankheiten		Antidepressiva:
Allergien (Medikamente/Penicillin/Latex,)		Blutverdünner:
wenn ja, welche:		(z.b. ASS/Marcumar/Heparin):
		Sonstige:
Sonstige Erkrankungen:	_	
onstige ci krankungen.		Rauchen Sie? (Zig./Tag) nein
		Für unsere Patient innen :
lausarzt:		Sind Sie schwanger? ja , im Monat
/orh. Zahnarzt:		nein ungewiss
nfektionskrankheiten:	Ja Nein	
Mundgesundheitssituation:		
laben Sie ein <u>bestimmtes Anliegen</u> , v	welches Sie in unsere Pr	raxis führt?
Vorsorgeuntersuchung	Beratung	Schmerzbehandlung
Neuer Zahnersatz	Zweite Meinung	Sonstiges:
Ich habe Angst	Ich habe große .	Angst Ich habe selten bzw. keine Angst

	Ja	Neir
Sind Sie mit der Stellung / Farbe / Form Ihrer Zähne zufrieden?		
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?		
Haben Sie Zahnfleischprobleme ? Bluten beim Zähneputzen? Zahnfleisch rückgang ?		
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?		
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR/Prophylaxe)?		
Ich möchte über die beste Therapie für meine Zähne informiert werden, auch wenn diese etwas kostet		ĪĒ
Ich habe eine Frage bzw. ein besonderes Anliegen:		_
Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reser		
Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch <u>mindestens 24 Stunden vorher abzusagen</u> . Das gibt uns die Ch Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werd		,
Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.		
Datum Unterschrift		