

# ANAMNESEBOGEN

## LIEBE PATIENTEN, LIEBER PATIENT,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnärztlichen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Den auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Es wird Ihnen persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. **Zusätzlich gestatte ich durch meine Unterschrift Fr. dr. stom. Dragana Malinovic Einsicht in die von Fr. Dr. Eva Svacina geführten Patientenakten (falls vorhanden).**

## PERSÖNLICHES

Name/Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße/Nr. .... PLZ/Ort .....

Telefon ..... Mobil .....

E-Mail ..... Beruf .....

Krankenkasse .....

gesetzlich versicher  ja  nein

privat versichert  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein

Basistarif  ja  nein

beihilfeberechtigt  ja  nein

## WENN SIE NICHT SELBER KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name/Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße/Nr. .... PLZ/Ort .....

## WER IST IHR HAUSARZT?

Name ..... PLZ/Ort .....

Telefon .....

## HINWEIS ZUR ORGANISATION

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid.  
**Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr von 30,00 € nach geltender Satzung berechnen.**

## KOSTENHINWEIS

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

## IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen  Internetsuche  Sonstiges: .....

Möchten Sie von uns per Post, Email oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

ja  nein

Ich bin einverstanden mit der Weitergabe meiner Daten an Labor, Kieferorthopädie, Kieferchirurgie oder Zahnärzte und

ja  nein

# ANAMNESEBOGEN

## WARUM SUCHEN SIE UNS AUF?

- Routinekontrolle  neuer Zahnersatz

- Beratung  zweite Meinung  
 Schmerzbehandlung  andere Gründe

## LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN DER/DES ...

- |                         |                             |                               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leber                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma)        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## HABEN ODER HATTEN SIE ...

- |                      |                             |   |
|----------------------|-----------------------------|---|
| Hohen Blutdruck      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Niedrigen Blutdruck  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Diabetes             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Zahnfleischbluten    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Ohrensausen/Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Epilepsie            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Grünen Star          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Tuberkulose          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Osteoporose          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| HIV (Aids)           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Hepatitis            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Wenn ja, welcher Typ | <input type="checkbox"/> a  | <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
| Allergien            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |

Sonstige Infektionen/Erkrankungen

## ZU IHREN HERZEN: HABEN ODER HATTEN SIE ...

- einen Herzschrittmacher  
 einen Herzinfarkt  
 eine Herzklappenentzündung

## MEDIKAMENTE: NEHMEN SIE:

- Herzmedikamente  
 Schmerzmittel  
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar  
 Bisphosphate  
Wenn ja, welche

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja  nein

Wenn ja, welche

## FÜR UNSERE PATIENTINNEN:

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche?

## ZUM SCHLUSS

Rauchen Sie?  ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

## FRAGEN/ANMERKUNGEN?

Datum/Unterschrift