ANAMNESEBOGEN SEITE 1

ZAHNARZTPRAXIS AM SEE
DRAGANA MALINOVIC
Doktor der Zahnmedizin (Univ. B. Luka)

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 .....

	Bitte ankreuzen			Bitte ankreuzen	
gesetzlich versicher	☐ ja	☐ nein			
privat versichert	☐ ja	☐ nein	Basistarif	☐ ja	☐ nein
Zahnzusatzversicherung	☐ 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? **Bitte angeben!**

☐ Email ☐ SMS ☐ Telefonanruf

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an Labor, Kieferorthopädie, Kieferchirurgie oder Zahnärzte zur Dokumentation einverstanden?

☐ ja ☐ nein

ANAMNESEBOGEN SEITE 2

ZAHNARZTPRAXIS AM SEE
DRAGANA MALINOVIC
Doktor der Zahnmedizin (Univ. B. Luka)

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	☐ ja	☐ nein
Leber	☐ ja	☐ nein
Nieren	☐ ja	☐ nein
Schilddrüse	☐ ja	☐ nein
Magen-Darm-Traktes	☐ ja	☐ nein
Gelenke (Rheuma)	☐ ja	☐ nein
Wirbelsäule	☐ ja	☐ nein

HABEN ODER HATTEN SIE ...

Hohen Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Niedrigen Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Diabetes	☐ ja	☐ nein
Zahnfleischbluten	☐ ja	☐ nein
Ohrensausen/Tinnitus	☐ ja	☐ nein
Epilepsie	☐ ja	☐ nein
Grünen Star	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose	☐ ja	☐ nein
Osteoporose	☐ ja	☐ nein
HIV (Aids)	☐ ja	☐ nein
Hepatitis	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welcher Typ	☐ a	☐ b ☐ c
Allergien	☐ ja	☐ nein

Wenn ja, wogegen?

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?

SONSTIGES:

Rauchen Sie? ☐ ja – wieviel? ..... Stück/Tag ☐ nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Wagrainstraße 47, 70378 Stuttgart (0711) 53 52 80 info@zahnarztpraxis-am-see.com

ANAMNESEBOGEN SEITE 3

ZAHNARZTPRAXIS AM SEE
DRAGANA MALINOVIC
Doktor der Zahnmedizin (Univ. B. Luka)

DAS ERSCHEINUNGSBILD IHRER ZÄHNE ALLGEMEIN:

☐ Sie sind zufrieden ☐ Sie sind nicht zufrieden

Falls Sie nicht zufrieden sind, was stört Sie?

SIND SIE MIT IHRER ZAHNFARBE ZUFRIEDEN?

☐ Ja ☐ Nein

Falls Sie nicht zufrieden sind, was stört Sie?

SIND SIE ANGSTPATIENT:IN?

☐ Ja ☐ Nein

SCHNARCHEN SIE?

☐ Ja ☐ Nein

HABEN SIE PROBLEME MIT DEM KIEFERGELENK?

☐ Ja ☐ Nein

KNIRSCHEN ODER PRESSEN SIE MIT DEN ZÄHNEN?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, können Sie ungefähr einschätzen – wie stark und wie regelmäßig?

HABEN SIE OFT KOPFSCHMERZEN?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wie höufig und wie stark sind die Schmerzen?

HABEN SIE BEREITS EINEN PFLEGEGRAD?

☐ Ja, welchen _____ ☐ Nein

FRAGEN/ANMERKUNGEN?

Datum/Unterschrift

Wagrainstraße 47, 70378 Stuttgart (0711) 53 52 80 info@zahnarztpraxis-am-see.com