

Zahnarztpraxis
Dr. K. & Dr. R. Mertens
Caputher Chaussee 3
14548 Schwielowsee

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon beruflich: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Sind sie Beihilfe berechtigt? Ja / Nein

Bonusheft lückenlos jährlich ab wann? _____

Von wen wurde unsere Praxis empfohlen? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Haben sie eine Zahnzusatzversicherung? ja/nein

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Krankheiten/ Beschwerden/ Befunde?
(Bitte zutreffendes unterstreichen oder einkreisen!!!)

Erhöhter Blutdruck	ja/nein	Nervenerkrankung	ja/nein
Niedriger Blutdruck	ja/nein	Lebererkrankung/Gelbsucht	ja/nein
Nierenerkrankung	ja/nein	Rheuma/rheumatisches-Fieber	ja/nein
Diabetes	ja/nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	ja/nein
Blutgerinnungsstörung	ja/nein	Magen-Darmerkrankung	ja/nein
Immunschwäche (AIDS)	ja/nein	Schilddrüsenerkrankung	ja/nein
<small>(diese Angabe wird wie alle anderen streng vertraulich behandelt)</small>			
Lungenerkrankung (Asthma)	ja/nein	Herzkrankung	ja/nein
		Herzschrittmacher	ja/nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja/nein

Bekommen Sie Infusionen/ intravenöse Medikamente gegen Osteoporose? ja/nein
wenn ja; welche: _____

Allergien (Heuschnupfen, Ekzeme, Penicillin,...): _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung? ja/nein warum? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja/nein

Sind Sie Raucher? ja/nein

Wünschen Sie eine Lokalanästhesie? ja/nein

Warum suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Haben Sie im Moment Zahnschmerzen? ja/nein

Möchten Sie von uns an fällige Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? ja/nein

Welche Erwartungen haben Sie an uns? _____

Datum

Unterschrift