

# Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, ist unser Anliegen. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen aus, damit wir für Ihre Behandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen können.

## Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Telefon Büro: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge- und /oder Prophylaxetermin erinnert werden?  ja  nein Wenn ja, wie?  per Brief  per E-Mail  per Telefon

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst? \_\_\_\_\_

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schnarchen Sie?                        | <input type="checkbox"/> Rheuma                      |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung                         | <input type="checkbox"/> Diabetes                    |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/ künstl. Herzklappen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck                        | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck                    | <input type="checkbox"/> Magen-/ Darmerkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung/ Bluterkrankung        | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung            |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                              | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung/ Asthma    |
|   | <input type="checkbox"/> Sind Sie HIV-positiv?       |

Bestehen sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher?  ja  nein Wenn ja, wie viel Zigaretten täglich \_\_\_\_\_

## Grund Ihres Besuchs

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung            | <input type="checkbox"/> Knirschen     |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten               | <input type="checkbox"/> Mundgeruch    |
| <input type="checkbox"/> Migräne/ Kopf-/ Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden         | <input type="checkbox"/> Schnarchen    |

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Wünschen Sie eine gezielte Beratung?

- Ja, über Karies- und Parodontoseversorgung
- Ja, über Mundgeruch und Vorsorge
- Ja, über Implantate, d.h. festsitzender Zahnersatz trotz Zahnverlust
- Ja, über Amalgamaustausch und Alternativmaterialien
- Ja, über Zahnfarbaufhellungen, z.B. durch das sog. „Bleaching“

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_