

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie mich gerne fragen.

Name	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ/Ort	_____
Geburtsdatum	_____	eMail Adresse	_____
Telefon Privat	_____	Telefon Mobil	_____
Arbeitgeber	_____	Telefon Arbeit	_____

	ja	nein	Bitte ergänzende Angaben hier eintragen
Sind Sie <u>gesetzlich</u> krankenversichert? (Wo?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Über wen sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> Name/Geb.-Datum:	
Sind Sie zusatzversichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie <u>privat</u> krankenversichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Über wen sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> Name/Geb.-Datum:	
Haben Sie ein bestimmtes Anliegen?	ja	nein	
Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnlockerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zähneknirschen/-pressen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kiefergelenkbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gefällt Ihnen der optische Anblick Ihrer Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	
Allergie (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankungen (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (Welcher Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anamnesebogen



ZAHNARZTPRAXIS
Dr. Torsten Hänel

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	ja	nein	Bitte ergänzende Angaben hier eintragen
Herzinsuffizienz/-schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Infektionskrankheiten	ja	nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere:			

Weitere Fragen	ja	nein		
Frühere Operationen? (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nehmen Sie Medikamente? (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Drogenkonsum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Alkoholgenuss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0–10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag
Wurden bei Ihnen Röntgenaufnahmen erstellt? (Wenn ja, wann und welches Körperteil?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name des Arztes:	

	ja	nein	
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name des Arztes:

Die Praxis bietet einen Patienten-Recall-Service an. Möchten Sie an Kontrolltermine erinnert werden? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? pers. Empfehlung durch _____
 Gelbe Seiten Internet Presse Sonstiges

Allgemeine Informationen

Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

- Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum _____

Unterschrift _____