zahnarztpraxis
Dr. Ellen Stommel

ANAMNESEBOGEN

letzter Zahnarztbesuch | letzte Zahnreinigung | letztes zahnärztliches Röntgenbild

Patient: Herr | Frau _____
Name | Vorname | geb.

Mitglied/Versicherter: _____
Name | Vorname | geb.

Anschrift: _____
PLZ/Ort | Strasse/Nr.

_____
Tel. | Mobil | E-mail

Beruf: _____ Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung Zähne _____

O gesetzlich pflichtversichert
O privat mit limitiertem Tarif (z.B. Basistarif)
O gesetzlich freiwillig versichert
O (privat) beihilfeberechtigt

ALLGEMEINE SITUATION

	ja	nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	O	O
Blutdruck: O niedrig O normal O hoch		
Herzerkrankungen/ Herzrhythmusstörungen	O	O
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	O	O
Nehmen Sie Blutverdünner? (z.B. Marcumar, ASS)	O	O
Infektionskrankheiten (Hepatitis,TBC,HIV)	O	O
Diabetes (Zuckerkrankheit)	O	O
Schilddrüsenerkrankung	O	O
sonst. Erkrankungen/Leiden Wenn ja, welche?	O	O
Nehmen Sie z.Zt. Medikamente? Wenn ja, welche?	O	O
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel/Tag?	O	O
Sind Sie abhängig? (Medikamente/Drogen)	O	O

ZAHN-MUND-SITUATION

	ja	nein
Zahnfleischbluten	O	O
Zahnfleischrückgang	O	O
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)	O	O
Schmerzen am Kopf/Nacken?	O	O
Pressen/Knirschen	O	O
Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?	O	O
Sind Sie mit der Stellung/ Farbe/Form Ihrer Zähne, *kurz:* mit Ihrem „Lächeln", zufrieden?	O	O
Macht es Ihnen etwas aus, zum Zahnarzt zu gehen?	O	O
Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	O	O

_____ Woche O ungewiss

(Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)

Bitte wenden >>

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Was erwarten/erhoffen Sie sich von uns?

Für den Fall, dass eine Behandlung notwendig ist:

	ja	nein
Wünschen Sie ausschließlich Versorgungen, die von Ihrer Krankenkasse übernommen werden?	O	O
Bitte informieren Sie mich über qualitätssteigernde Maßnahmen	O	O
Bitte erinnern Sie mich an den nächsten Vorsorgetermin	O	O

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Meine Kontaktdaten und Angaben zum Gesundheitszustand sind zutreffend und vollständig.
(jährlicher Abgleich)

1. Jahr | Datum	Unterschrift	(bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)
2. Jahr | Datum	Unterschrift	(bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)
3. Jahr | Datum	Unterschrift	(bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)
4. Jahr | Datum	Unterschrift	(bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt.

Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d. h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.
Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.