

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Tobias Lell

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Um Ihnen eine optimale Behandlung bieten zu können, benötigen wir vorab einige Informationen von Ihnen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: _____
Name, Vorname geboren am geboren in

Anschrift: _____
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Erreichbarkeit: _____
Telefon Privat Telefon Arbeit Mobil email

Beruf: _____
Arbeitgeber

Ggf. Hauptversicherter: _____
Name, Vorname geboren am

Anschrift: _____
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Krankenkasse: _____ Beihilfe: _____ Zusatzversicherung: _____

Hausarzt: _____
Name Anschrift Telefon

Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

bitte wenden...

Allgemeinmedizinische Fragen

Sind Sie regelmäßig in ärztlicher Behandlung? O ja O nein

Wenn ja, bei wem und warum? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O ja O nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? O ja O nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht Schwangerschaft? ja nein vielleicht

Rauchen Sie? ja, bis 10 Zigaretten/Tag ja, mehr als 10 Zigaretten/Tag nein

Haben Sie oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Überempfindlichkeit gegen Medikamente (z.B. Penicillin, Jod, Aspirin,	
Knochenerkrankung (z.B. Osteoporose)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	örtliche Betäubungsmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herz- und Kreislaufstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lungenerkrankung (z.B. Tuberkulose)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lebererkrankung (z.B. Gelbsucht)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
HIV, AIDS	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutkrankheit (Gerinnungsstörung etc.)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	andere Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche? _____	

Fragen hinsichtlich der zahnärztlichen Behandlung

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Bereich der Kiefer oder Zähne geröntgt worden? O ja O nein

Wenn ja, von wem? _____

Tragen Sie Zahnersatz? (Kronen, Brücken, Prothesen...) O ja O nein

Wenn ja, wie alt ist dieser? _____

Sind Sie an einer Professionellen Zahnreinigung interessiert? O ja O nein

Möchten Sie an Ihre nächste Zahnvorsorgeuntersuchung erinnert werden? O ja O nein

nach 3 Monaten nach 6 Monaten nach 12 Monaten

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? O ja O nein

Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu. Ich entbinde im Falle einer Mit- bzw. Weiterbehandlung anderer Ärzte / Zahnärzte Herrn Dr. Tobias Lell von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen auf Anforderung an mit- bzw. weiterbehandelnde Ärzte / Zahnärzte übersandt werden.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten (Ausfallzeiten) pauschaliert in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe:

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Vielen Dank – Ihr Praxisteam Zahnarztpraxis Dr. Lell