

Anamnesebogen

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Versicherung: gesetzlich beihilfeberechtigt privat privat zusatzversichert

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung durch _____ Suche über das Internet
- Facebook Instagram Arztbewertung Google-Bewertung

Die folgenden Fragen sind von Bedeutung für Ihre zahnärztliche Behandlung und dienen Ihrer Sicherheit. Ihre Angaben werden ausschließlich innerhalb der Praxis Dr. Susanne Kielkopf und Dr. Julian Kielkopf verwendet und unterliegen der Schweigepflicht. Bitte kreuzen Sie an!

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Mein Hausarzt ist: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Allergie / Überempfindlichkeit gegen bestimmte Stoffe? Ja Nein

Antibiotikum, Wenn ja, welches? _____

Anästhesie, Schmerzmittel, Latex? _____

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt? Ja Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) Glaukom / Grüner Star Grauer Star

Rheuma Lebererkrankung Niereninsuffizienz

Krampfanfälle (Epilepsie) andere _____

Haben oder hatten Sie eine der aufgeführten Infektionskrankheiten? Ja Nein

Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C HIV + Tuberkulose

andere _____

Ist bei Ihnen eine der folgenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannt? Ja Nein

Hoher Blutdruck Blutgerinnungsstörung Herzfehler Herzinfarkt

Herzmuskelschwäche Herzinnenhautentzündung Herzrhythmusstörungen

Herzoperation Herzschrittmacher Herzklappen-Prothesen

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, welche Woche? _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, stört Sie das Schnarchen? Ja Nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden mit dem Kiefergelenk? Ja Nein

knackt oder macht Geräusche und / oder schmerzt

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe? Ja Nein

Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? Ja Nein

Wenn ja, in welchen Abständen 3 6 12 Monate

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Angaben. Ich willige ein, dass diese Daten elektronisch verarbeitet, gespeichert und etwaige Röntgenbilder auf elektronischem Wege an den weiterbehandelnden Arzt versandt werden. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____