



Anamnesebogen

Persönliche Daten

Name: geboren am:

Anschrift:

Tel. privat: beruflich: mobil:.....

E-Mail:

Beruf:..... angestellt selbständig

Anschrift Arbeitgeber:.....

Gesetzlich versichert Zusatz versichert Privat versichert Beihilfe berechtigt

Mitversichert, wenn ja bei:

Name des Versicherten geboren am

Anschrift des Versicherten: wie Patient andere Anschrift

PLZ / Ort Straße / Nr.

Rechnung an: Patienten Versicherten

Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind, sind wir verpflichtet, vor der Behandlung Ihre **Versichertenkarte** einzulesen. Haben Sie Ihre Karte nicht dabei, können Sie diese innerhalb von **14 Tagen nachreichen**. Ansonsten müssen wir bereits erfolgte Behandlungen privat in Rechnung stellen.

Datenschutz

Aufgrund der gesetzlichen Datenschutzverordnung sind wir angehalten, Sie mit einem Merkblatt zu informieren und Ihre Zustimmung einzuholen, hinsichtlich unseres Erinnerungsservices und gegebenenfalls zur Weitergabe Ihrer Daten an die Krankenkasse bzw. behandelnde Ärzte. Ihre Kenntnisnahme und Zustimmung müssen Sie uns schriftlich bestätigen. Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

Notizen/Anmerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte Rückseite auch ausfüllen!

Praxis Dr. Wittschier

Zahnmedizin & Ästhetik



Für Ihre individuelle und sichere Behandlung benötigen wir auch Angaben über Ihren allgemeinen **Gesundheitszustand**.
Diese unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Allgemein

Endocarditisprophylaxe notwendig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Herzschrittmacher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hepatitis:	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> nein
gerinnungshemmende Medikation:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	HIV positiv:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
erhöhte Blutungsneigung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankung/Asthma:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Bisphosphonat-Therapie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Corona Impfung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Herzerkrankung: ja nein wenn ja, welche:

Allergien: ja nein wenn ja, welche:

Unverträglichkeit bei folgenden Medikamenten:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
.....

Sind Sie Raucher: ja nein wieviele Zigaretten täglich?.....

Zahnärztlich

Zahnschmerzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahnfleischprobleme:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
allgemeine Zahnprobleme:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mundgeruch:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
unbefriedigende Ästhetik:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Beschwerden Kiefergelenk:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstiges:

Sie sind uns wichtig

Worauf legen Sie bei Ihrem Zahnarztbesuch und Ihrer Zahnbehandlung besonderen Wert?.....

Wünschen Sie eine individuelle Beratung

Vorsorge/Prophylaxe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Parodontalbehandlung (Zahnfleisch):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnästhetik:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Kiefergelenk & Funktion:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnersatz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Beratung Schwangerschaft/Kind:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Implantatversorgung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges:.....		

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam

Empfehlung: Familie Freunde Kollegen

Internet: Jameda Webseite Sonstiges.....

Datum

Unterschrift

erfasst

| nur für Praxis |

Bitte halten Sie uns über jede Änderung Ihrer Angaben auf dem Laufenden. Vielen Dank.