



PRAXIS AM BERG

Zahn und Gesundheit

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, die Gesundheit – als höchstes Gut des Menschen – zu erhalten oder wiederherzustellen, ist unser Ziel. Um dieses so zu erreichen, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung und den Heilungsprozess haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsname	Geburtsort, Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon privat	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
eMail	Beruf	Hausarzt, Ort

Termin-Erinnerung per ☐ SMS ☐ eMail ☐ Telefon

Versicherung

Krankenkasse

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ Basistarif ☐ Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Anzeige z. B. in Essl. Zwiebel, Essl. Zeitung, Echo, im Sportverein, im DIALOG der WJ Esslingen, etc.	<input type="checkbox"/> Internet z. B. Google-Suche, facebook, Werbebanner, Webseite, Bewertungsportal (z. B. jameda.de)
<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen	wo: _____	wo: _____
<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____	wo: _____	wo: _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	_____	_____

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:			Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige:		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:					
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:			Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cortison:			Wann wurden Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:			zuletzt zahnärztlich		
Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antidepressiva:			geröntgt?		
Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate:			vor _____ Monaten		
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente			Für unsere Patientinnen:		
wenn ja, welche:			(z. B. ASS, Marcumar, Heparin):			Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						_____ Woche		
Sonstige Erkrankungen:			<input type="checkbox"/> Sonstige:					

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Überweisung Arzt	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung	

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne zufrieden?	ja	nein
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis, d. h. an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig – mindestens 24 Stunden vorher – abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. (Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.) Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt. Mit Unterzeichnung des Anamnesebogens stimmen Sie der Speicherung Ihrer Daten in unserer Praxis nach Bestimmungen des Datenschutzes zu. Bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift. Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Esslingen, den

Datum	Unterschrift
Der Anamnesebogen ist weiterhin aktuell – ohne Änderungen:	
Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift