

ANAMNESEBOGEN



Zahnarztpraxis
in Dortmund
Dr. Klaus Kirscht

PATIENTENINFORMATION

Name: _____
Vorname: _____
geb. am: _____

PLZ/Ort: _____
Straße/Nr.: _____
Tel. privat: _____
Tel. beruflich: _____

Krankenkasse: _____
Versicherer: _____
geb. am: _____

freiwillig versichert: Ja Nein
Zusatzversicherung: Ja Nein
Versicherter: _____

Ihr **Hauptanliegen:** _____

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Ich komme auf Empfehlung von: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung **Google** **Soziale Medien** **Zufall**

	Ja	Nein
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Knackt Ihr Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schnarchen Sie in der Nacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besteht bei Ihnen eine Tagesmüdigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leiden Sie an Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WÜNSCHEN SIE EINE BESONDERE BERATUNG ÜBER:

- Karies-Vermeidung Ja Nein
- Paradental-Behandlung Ja Nein
- Amalgam-Entfernung Ja Nein
- Ästhetische Zahnheilkunde, wie z. B. Bleaching (Zahnaufhellung) Ja Nein
- Kopf-, Nackenschmerz-Behandlung Ja Nein
- Hochwertige Füllungen Ja Nein
- Hochwertigen Zahnersatz Ja Nein
- Implantate Ja Nein
- Sonstiges: _____

MEDIZINISCHE BEFUNDERHEBUNG

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?	Ja	Nein
• Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzerkrankung/Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Immunschwäche (HIV+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lebererkrankung (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Künstl. Bluter (Marcumar, ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergien: _____		
• Medikamente: _____		
• Suchterkrankungen: _____		
• Nierenerkrankungen: _____		
• Psychische Erkrankungen: _____		
• Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? _____ Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Hatten Sie gravierende Erkrankungen, die oben nicht aufgeführt wurden, oder haben Sie unklare Beschwerden?

- Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neuerer und besserer zahnmedizinischer Versorgung möglich ist, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur teilweise übernommen werden? Ja Nein
- Möchten Sie zum Vorsorgetermin von uns erinnert werden? Ja Nein
postalisch per E-Mail per SMS Meine Kontaktdaten: _____
- Wünschen Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden? Ja Nein
- Haben Sie Interesse über unsere Informationsveranstaltungen informiert zu werden? Ja Nein

Datum, Unterschrift des Patienten