



Zahnarztpraxis
Dr. Hans-Dieter Schötterl

Liebe Patientinnen und Patienten,

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen möglichst umfassend aus. Für eine optimale, individuelle Behandlung, benötigen wir einige persönliche Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Eventuelle Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen..

Vielen Dank!

ANAMNESEBOGEN

Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

Name der Krankenkasse:

Bitte bei einer gesetzlichen
Krankenkasse angeben:

Pflichtversichert

Ja Nein

Freiwillig versichert

Ja Nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung

Ja Nein

Möchten Sie eine private Behandlung

Ja Nein

Telefon:

Fax:

Mobil:

Telefon Büro:

E-Mail Adresse:

Beruf:

Versichertendaten

(sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter:

geb. am:

Anschrift:

Weitere Angaben

Arbeitgeber:

Anschrift des Arbeitgebers:

Wie möchten Sie an Ihren nächsten
Vorsorgetermin erinnert werden?

telefonisch

per SMS

per E-Mail

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hoher Blutdruck | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsneigung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Marcumar / Gerinnungshemmer | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Magen- / Darmerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung / Asthma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche

Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat? Ja Nein

Grund Ihres Besuchs

- | | | | | |
|--|----------------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Zahnschmerzen | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbluten | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenkbeschwerden | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Knirschen | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Mundgeruch | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="text"/> | | | |

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Starke Schmerzempfindlichkeit | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Starker Würgreiz | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Ich wünsche eine Beratung über folgende Punkte:

- | | | | | |
|---------------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Implantat / Implantatversorgung | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Professionelle Zahnreinigung | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Weißer Zähne (Bleaching) | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfarbene Keramikfüllung | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Angebote

Möchten Sie Informationen zu speziellen Aktionen oder Angebote (z.B. Bleaching, Prophylaxe, usw.) erhalten?

- Wenn ja, wie möchten Sie informiert werden?
- telefonisch
 per SMS
 per E-Mail

Bitte beachten Sie dass Ihre personenbezogenen Daten zur Verarbeitung digital gespeichert und verarbeitet werden. Diese Einwilligung der Datenspeicherung kann von ihnen schriftlich widerrufen werden.

Termine, die nicht eingehalten werden können, sind spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum _____

Unterschrift _____