

# Anamnesebogen



www.zahnarzt-dr-junk.de

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Str., Nr.:

PLZ, Ort:

Tel. privat:

Mobil:

e-Mail:

Beruf:

Krankenkasse:

gesetzl. versichert:

ja  nein

priv. versichert:

ja  nein

Basistarif  
(Nachweis erbringen)

ja  nein

Zusatzversicherung:

ja  nein

Beihilfeberechtigt:

ja  nein

Bonusheft

ja  nein

## Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Str., Nr.:

PLZ, Ort:

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name:

Tel.:

Str.,Nr.:

PLZ, Ort:

## Hinweise zur Organisation

Bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn Sie einen Termin nicht einhalten können. Sollten Sie unentschuldigt nicht zu Ihrem Termin erscheinen (speziell bei langdauernden Terminen z.B. Kronenpräparationen) sind wir berechtigt, für die für Sie reservierte Zeit eine Unkostenerstattung in Höhe unserer Betriebskosten von EUR 80,- je angefangene halbe Stunde zu verlangen. Falls Sie Ihre Krankenversicherungskarte vergessen haben, bringen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach, ansonsten werden wir eine Privatliquidation erstellen.

Wir behalten uns das Recht vor, in Ausnahmefällen z.B. vor der Beauftragung von teurem Zahnersatz eine Kreditwürdigkeitsanfrage bei der Schufa oder ähnlichen Institutionen durchführen. Ich stimme hiermit zu.

Da unsere Praxis wissenschaftliche Veröffentlichungen in Zahnarztzeitschriften und für Weiterbildung von Zahnärzten durchführt stimme ich automatisch einer Veröffentlichung in obengenannten Medien zu. Es wird versichert darauf zu achten, dass abgebildete Personen nicht erkannt werden.

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen

Telefon-/Branchenbuch

Zeitungsanzeige

Überweisung von:

Internet

sonstiges

## Haben Sie

Implantatpass

ja  nein

Röntgenpass

ja  nein

akute Schmerzen:

ja  nein

**Bitte wenden**

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des

Herzens oder Kreislaufs	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Leber	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nieren	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Schilddrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Traktes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Gelenke (Rheuma)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

## Haben oder hatten Sie

hohen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Typ I <input type="radio"/> Typ II			<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C		
Ohrensausen/Tinnitus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
grünen Star	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV (Aids)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			
Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			

wenn ja welche:  
Bitte Allergiepass  
mitbringen

---

## Zu Ihrem Herzen

Haben oder hatten Sie

<input type="radio"/> eine Herzklappenentzündung	<input type="radio"/> Angina Pectoris
<input type="radio"/> ein Herzschrittmacher	<input type="radio"/> einen Herzinfarkt

## Medikamente

Nehmen Sie

<input type="radio"/> Herzmedikamente	<input type="radio"/> Cortison (Kortikoide)	<input type="radio"/> Schmerzmittel
<input type="radio"/> Antidepressiva	<input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente (Marcumar, ASS, Ginko, Ingwer, o.ä.)	
<input type="radio"/> sonstige:		

---

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja  nein wenn ja, gegen welche: \_\_\_\_\_

## Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?

ja  nein wenn ja, in welcher Woche: \_\_\_\_\_

## Fragen und Anmerkungen

---

---

---

---

---

München, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_