



## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten und Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Hiermit helfen Sie uns dabei, Sie noch individueller behandeln zu können.

DR. ALEXANDER MUTHESIUS

### PERSÖNLICHES

#### Patient

Name, Vorname		Geburtsdatum, -ort	
Straße, Nr.		PLZ, Wohnort	
Telefon privat	mobil	geschäftlich	
E-Mail		Beruf, Arbeitgeber	

### VERSICHERUNG

#### Krankenkasse

gesetzlich  privat  beihilfeberechtigt  Basistarif

Zusatzversicherung bei \_\_\_\_\_ Tarifbezeichnung \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer** bitte ergänzen, wenn nicht mit Patient identisch

Name, Vorname		Geburtsdatum, -ort	
Straße		PLZ, Ort	

### ANLIEGEN UND WÜNSCHE

**Möchten Sie unseren Terminerinnerungsservice nutzen?**

Ja  Nein

**Gibt es einen besonderen Grund, der Sie zu uns geführt hat?**

Schmerzbehandlung  Vorsorgeuntersuchung  neuer Zahnersatz  Beratung  zweite Meinung

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

im Internet  im Vorbeigehen  auf Empfehlung/Sonstiges \_\_\_\_\_



**HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER NACHFOLGENDEN ERKRANKUNGEN?**

NEIN

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck                                | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck                            | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Nieren- oder Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen / Allergien / Sonstiges _____ |  |   |
| <input type="checkbox"/> HIV  | <input type="checkbox"/> Hepatitis B             | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                    |
| <input type="checkbox"/> MRSA-Infektion                                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis C             |   |
| <input type="checkbox"/> andere Infektionskrankheiten _____             |  |   |

**NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?**

NEIN

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente _____             | <input type="checkbox"/> Cortison _____       |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel _____               | <input type="checkbox"/> Antidepressiva _____ |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente _____ | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Medikamente _____          |   |

**GESUNDHEITSSITUATION**

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und Kieferbereich? \_\_\_\_\_

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (Prophylaxe)? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne zufrieden? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja, etwa \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  Ja, in der \_\_\_\_\_ Woche

**Haben oder hatten Sie Probleme mit ...?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen             | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten   | <input type="checkbox"/> Kiefergelenke (Geräusche, Schmerzen) |
| <input type="checkbox"/> Zähnepressen               | <input type="checkbox"/> Zahnfleischrückgang | <input type="checkbox"/> Schnarchen                           |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges / Merkmale _____ |  |   |

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Veränderungen meiner Daten oder meines Gesundheitszustandes werde ich unverzüglich mitteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass der in der Zahnarztpraxis beschäftigte Arzt aus dem Berufsrecht der ärztlichen Verschwiegenheit unterliegt. Weiterhin ist mir bekannt, dass die Mitarbeiter der Zahnarztpraxis die geltenden Bestimmungen des Datenschutzes einhalten.**

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Sie verpflichten sich daher, **vereinbarte Termine einzuhalten** bzw. mindestens **24 Std.** vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift