

Peter und Michael Fersch
Zahnarztpraxis

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Da allgemeine Erkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, bitten wir Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen.

Persönliches

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Mobil	Telefon Arbeit
E-Mail	Arbeitgeber	

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung

Basistarif Beihilfeberechtigt

Für medizinische Rückfragen bei Bedarf, behandelnder Hausarzt: _____

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

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	

Peter und Michael Fersch

Zahnarztpraxis

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Erkrankung des Herzens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, welche:	<hr/>				
Haben Sie einen Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Rheumatische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Lungenerkrankung/Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Magen-/Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, welche:	<hr/>				
Sonstige Erkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, welche:	<hr/>				
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, welche					
<input type="radio"/> Herzmedikamente:					
<input type="radio"/> Cortison:					
<input type="radio"/> Schmerzmittel:					
<input type="radio"/> Antidepressiva					
<input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente					
<input type="radio"/> Bisphosphonate					
<input type="radio"/> Sonstige					
Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Macht Ihr Kiefergelenk Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie öfter Kopfschmerzen oder chronische Schmerzen an anderen Körperregionen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir erinnern Sie gerne an Ihren Vorsorgetermin. Haben Sie Interesse an dieser Serviceleistung?
O ja O nein

Ort, Datum

Unterschrift