Dr. Heesen
ZAHNARZT

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die zahnärztliche Behandlung können auch Allgemeinerkrankungen von Bedeutung sein. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen und zutreffende Kästchen ankreuzen

Persönliches

Name, Vorname des Patienten _____ geb. am _____

Name, Vorname des Versicherten (falls abweichend) _____ geb. am _____

Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Versicherung

Krankenkasse _____

☐ gesetzlich ☐ Zahnzusatzversicherung
☐ privat ☐ Beihilfeberechtigt ☐ Basistarif

Hausarzt

Name und Anschrift _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	☐ ja	☐ nein
Herzerkrankung	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
Herzpass	☐ ja	☐ nein

Andere _____

Infektionserkrankungen

Aids/HIV-positiv	☐ ja	☐ nein
Hepatitis A, B oder C	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose	☐ ja	☐ nein

Andere _____

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen	☐ ja	☐ nein
Asthma	☐ ja	☐ nein
Lungenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Diabetes	☐ ja	☐ nein
Nierenfunktionsstörungen	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Osteoporose	☐ ja	☐ nein
Epilepsie	☐ ja	☐ nein
Ohnmachtsneigung	☐ ja	☐ nein

Andere _____

Allergien/ Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika	☐ ja	☐ nein
Schmerzmittel	☐ ja	☐ nein
Antibiotika	☐ ja	☐ nein
Allergiepass	☐ ja	☐ nein

Andere _____

Allgemeine Angaben

Drogenabhängigkeit	☐ ja	☐ nein
Alkoholabhängigkeit	☐ ja	☐ nein
Raucher	☐ ja	☐ nein
Schwangerschaft	☐ ja	☐ nein
Regelmäßige Medikamente	☐ ja	☐ nein

Wenn ja, welche? _____

In eigener Sache

Besitzen Sie ein Bonusheft? ☐ ja ☐ nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie von uns an die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung (Recall) erinnert werden? ☐ ja, per E-Mail ☐ ja, per Anruf ☐ nein

Ich verpflichte mich

1. jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen.
2. vereinbarte Termine einzuhalten oder möglichst 48 Stunden vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten (Ausfallgebühr/-honorar) in Rechnung gestellt werden.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient/Versicherter/Erziehungsberechtigter/gesetzlicher Vertreter _____