



ANAMNESEBOGEN

ZAHNARZTPRAXIS
WOJTEK HONNEFELDER

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Sie optimal betreuen zu können, benötigen wir von Ihnen noch einige Angaben. Sollten Sie Fragen oder Anmerkungen haben, dann wenden sie sich gerne an unser Praxis-Team.

Vielen Dank für die Informationen! Ihre Zahnarztpraxis Wojtek Honnefelder

Name Patient/-in	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Beruf
Telefon privat	Telefon beruflich	Telefon mobil
E-Mail-Adresse		

ZAHLUNGSPFLICHTIGE/-R (BEI KINDERN ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/-R)

Name Patient/-in	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Beruf
Telefon privat	Telefon beruflich	Telefon mobil
E-Mail-Adresse		

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Privat versichert
(Personalausweis erforderlich) | <input type="checkbox"/> Pflegegrad § 15 SGB XI vorhanden
(Nachweis erforderlich) | <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer vorhanden
(Bestellungsurkunde Amtsgericht erforderlich) |
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe § 99 SGB IX
(Bescheid erforderlich) |

Ihr Behandlungswunsch:

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung | Wem dürfen wir danken? | <input type="checkbox"/> Google |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Instagram | |

ZAHNMEDIZINISCHE ANGABEN

- | | |
|--|---|
| Haben Sie Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist Ihnen oder Ihren Mitmenschen Mundgeruch aufgefallen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Kopf-, Nacken-, Rückenschmerzen, Migräne? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

ZAHNERSATZ

- | | |
|--|---|
| Haben Sie einen Zahnersatz? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie mit dessen Aussehen und Funktion zufrieden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wünschen Sie Informationen zum Thema festsitzender Zahnersatz / Implantaten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |



ÄRZTLICHE BEHANDLUNG	Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
HAUSARZT / FACHARZT	Name _____
MEDIKAMENTE	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____ Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
ALLERGIEN	Ist eine Allergie bekannt? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
SCHNARCH- UND SCHLAFSTÖRUNG	Leiden Sie an nächtlichen Schlafstörungen durch Atemaussetzer (Apnoe) oder durch das Schnarchen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
HERZERKRANKUNG	Wenn ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
KREISLAUFERKRANKUNG	Wenn ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
STOFFWECHSELERKRANKUNG	Zuckerkrankheit (Diabetes)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Magen-/Darmerkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Schilddrüsenerkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
ERKRANKUNG DES NERVENSYSTEMS	Epilepsie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Krämpfe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
BLUTERKRANKUNGEN	Blutungsneigung (Hämophilie)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Blutarmut (Anämie)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
INFEKTIONSKRANKHEITEN	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein HIV / Aids? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
WEITERE ANGABEN	Sind Sie Raucher? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
RÖNTGEN	Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
SCHWANGERSCHAFT	Wenn ja, in welchem Monat? _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum

Unterschrift

TERMINE

Wir nehmen uns für jeden Patienten viel Zeit. Darum bitten wir Sie, frühzeitig (mind. 48 Stunden) vor der Behandlung abzusagen, sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können.

FOLGETERMINE

Folgetermine auf Wunsch erinnern wir Sie regelmäßig an Ihre Termine mit einer SMS oder E-Mail.

Wenn Sie damit einverstanden sind, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift.

Ich bitte um regelmäßige Terminerinnerung per: SMS E-Mail

Datum

Unterschrift