



ZAHNARZTPRAXIS
DR. MATTHIAS & MARYAM STAHLSCHMIDT

Anamnesebogen

Vorname: Nachname:

Geburtstag: Tel. privat:

Handynummer: Tel. dienstlich:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Hausarzt, Ort: E-Mail:

Bei Familienversicherung geben Sie bitte den Hauptversicherten hier an:

Vorname: Nachname:

Geburtstag: Telefonnr.:

Bei entsprechendem Versicherungsstatus bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Heilfürsorge Basistarif Bonusheft vorhanden
 Privat versichert Gesetzlich versichert Freiwillig versichert Private Zusatzversicherung
 Beihilfeberechtigt Kein Pflegegrad Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Bitte beantworten Sie kurz folgende medizinisch relevante Fragen (Bitte Zutreffendes ankreuzen):

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja:

Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen? Nein Ja:

Haben Sie eine Herzerkrankung / -schrittmacher? Nein Ja:

Besteht eine Bluterkrankung? Nein Ja:

Leiden Sie an Allergien? Nein Ja:

Bestehen sonstige Erkrankungen? Nein Ja:

Ist Ihr Blutdruck normal? Ja Nein: zu hoch zu niedrig

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja In welchem Monat?

Neigen Sie zu Ohnmacht? Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja Anzahl der Zigaretten:

Bitte auch Seite 2 ausfüllen

Besteht eine der folgenden Erkrankungen? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Gelbsucht (Hepatitis) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Immunschwäche (HIV) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Asthma | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Rheuma | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Magen-/Darmerkrankung | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Nervenerkrankung | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Multiresistente Erreger (wie z.B. MRSA, ESBL, VRE, Clostridien) | | | | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, Ihre Vorstellungen und Wünsche Ihre Zahngesundheit betreffend besser zu verstehen und gemeinsam mit Ihnen umzusetzen:

- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Nein Ja
- Möchten Sie Karies auf Dauer durch gezielte Therapie vermeiden? Nein Ja
- Wurde bei Ihnen bereits einmal eine Zahnfleischbehandlung (Parodontitis-Therapie) durchgeführt? Nein Ja
- Haben Sie bereits einmal eine Zahnsperre getragen? Nein Ja
- Sind schon Operationen im Kiefer- oder Gesichtsbereich durchgeführt worden? Nein Ja
- Leiden Sie an Mundgeruch? Nein Ja
- Leiden Sie unter starkem Würgereiz? Nein Ja
- Haben Sie schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht? Nein Ja
- Wenn ja, welche?
- Waren Sie bereits wegen Kieferschmerzen /Kiefergelenksbeschwerden in zahnärztl. Behandlung? Nein Ja
- Knirschen Sie mit den Zähnen oder pressen Sie die Zähne häufig stark aufeinander? Nein Ja
- Wurde bei Ihnen bisher regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? Nein Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Anzeige Schild Telefonbuch

Empfehlung durch:

Hiermit bin ich darüber aufgeklärt, dass es in seltenen Fällen zu einer Verletzung der Nerven nach einer Leitungsanästhesie kommen kann. Weiterhin bescheinige ich über eine eventuelle Verkehrsuntüchtigkeit aufgeklärt worden zu sein.

Zu einer guten Zusammenarbeit gehört für uns auch eine gute Terminplanung um Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Dabei sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen. Wir bitten deshalb höflich, Termine die sie nicht wahrnehmen können, rechtzeitig abzusagen. Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (Absage mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Anfordern und Weiterleiten von Röntgenbildern:

Ich bin auf die Wahrnehmung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 28 Abs. 8 Satz 3 RVÖ) hingewiesen worden und ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenaufnahmen nach Aufforderung weitergegeben werden dürfen.

Vielen Dank!

Datum:

Unterschrift:

Alles ausgefüllt? Dann bitte in der Praxis abgeben oder per E-mail senden an: buero@dr-stahlschmidt.de. Danke!