



ZAHNARZTTEAM WARBURG

Anamnesebogen für Neupatienten

Danke, dass Sie unserer Praxis Ihr Vertrauen schenken. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus, er dient dazu, Ihre Behandlung noch individueller zu gestalten und Ihren Wünschen gerechter zu werden. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der strengen ärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten Praxisteam.

..... Name Vorname
..... Geburtsdatum, Geburtsort Krankenkasse
..... Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort
..... Telefon Telefon mobil
..... Beruf Arbeitgeber, Ort

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

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Mitglied?

..... Name Vorname	
..... Geburtsdatum, Geburtsort Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Wie sind Sie versichert?

- Gesetzlich Privat (im Basistarif) Privat (nicht im Basistarif) Beihilfeberechtigt

Hinweis: Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestell-System geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder aber rechtzeitig vorher abzusagen. Wir weisen Sie darauf hin, dass eine Ausfallgebühr in Höhe von 60 Euro pro 30 Min. fällig wird, falls Termine nicht spätestens 12 Stunden vorher absagt werden.

Einwilligung zur elektronischen Datenübermittlung Ja Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail von der oben genannten Praxis erhalte, sofern ich das wünsche -, die mir elektronisch übermittelt werden. Die benötigten Informationen (Mobilfunknummer, E-Mail Adresse) werden ausschließlich zum Zweck der auftragsbezogenen Kommunikation verwendet. In den Nachrichten werden keine personenbezogenen Daten übermittelt. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

..... Ort, Datum Unterschrift
---------------------	-----------------------



ZAHNARZTTEAM
WARBURG

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? ja nein

Wurden Röntgenbilder der Zähne erstellt? Wann:

Bestehen gesundheitliche Risiken? ja nein

Wenn ja, welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche:

Hatten Sie ungewöhnliche Reaktionen, Allergien auf Spritzen, Medikamente o. Ä.? ja nein

Wenn ja, welche:

Vertragen Sie bestimmte Metallarten oder zahnärztliche Werkstoffe nicht?

Wenn ja, welche:

Hausarzt / Facharzt

Leiden Sie an:

Infektionskrankheiten (auch Aids)? ja nein

Lange Blutungen nach chirurgischen Eingriffen? ja nein

Herz- / Kreislaufstörungen? ja nein

Magen- / Darmerkrankung? ja nein

Epilepsie? ja nein

Zuckerkrankheit? ja nein

Gelbsucht? ja nein

Nierenerkrankungen? ja nein

Grüner Star? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Migräne? ja nein

Sind Sie Raucher? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Nehmen Sie Medikamente für die Blutgerinnung ein? ja nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



ZAHNARZTTEAM
WARBURG

1. Sind Sie mit dem Zustand Ihrer Zähne und dem Zahnfleisch zufrieden? ja nein

2. Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

3. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? ja nein

Wenn ja, wie oft:

4. Wurde bei Ihnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? ja nein

5. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Zahnfleischbehandlung (Parodontitisbehandlung) durchgeführt? ja nein

6. Wenn Sie Zahnersatz tragen, wie alt ist dieser?
ca. Jahre

7. Sind Sie mit dessen Aussehen und Funktion zufrieden? ja nein

8. Name / Adresse Vorbehandler für das Anfordern alter Behandlungsunterlagen und Röntgenbilder

.....
.....

9. Ist für Sie eine kosmetisch-ästhetische sowie auch funktionelle Versorgung wichtig?

10. Wünschen Sie nur Schmerzbehandlung oder legen Sie Wert auf eine umfassende Beratung Ihrer anstehenden Gesamtbehandlung?

nur Schmerzbehandlung weitergehende Beratung

11. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Wenn ja, welche:

12. Wünschen Sie nähere Informationen über folgende Behandlungsarten:

- Professionelle Zahnreinigung
- Alternativen zu Amalgam
- Karies- und Parodontitisvorsorge
- Zahnaufhellungen
- Zahnersatzlösungen, die auch Ihre ästhetischen Ansprüche befriedigen
- Implantatversorgung
- Kieferorthopädie

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift