

ANAMNESEBOGEN



DR. DENIZ RADEZKY
BIRGER BERGMANN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Zahnärztliche
Gemeinschafts
Praxis

Holzlarer Str. 38
53229 Bonn
Tel 0228/480860
Fax 0228/485908
www.diezahnaerzte.net
praxis@diezahnaerzte.net

Patient

Name Titel

Vorname Geburtsdatum

Kontaktdaten Patient

Str., Nr. Mobil

PLZ E-Mail

Ort Beruf

Tel.

Verbeugen ist immer noch die beste Therapie. Daher bieten wir Ihnen unser Recallsystem an, wodurch Sie automatisch an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden.

Ich wünsche eine Teilnahme am Recallsystem per Post.

Hausarzt

Name Tel.

Str., Nr. Fax

PLZ E-Mail

Ort

Versicherung

privat, Name der Versicherung

gesetzlich, Name der Versicherung

Bei gesetzlicher Versicherung, besteht eine Zusatzversicherung? Wenn ja, welche?

Name der Gesellschaft

Wie wurde Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von

Überweisung von

Internet Telefonbuch Sonstiges

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund, diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Wichtiger Hinweis:

Teile Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Datum _____

Unterschrift _____

Bei Minderjährigen ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Erziehungsberechtigter

Name _____

Unterschrift _____

Datum _____

Spezielle Fragen zur Zahngesundheit

ja nein

Haben Sie Beschwerden beim Kauen

Wurde regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Datum _____

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems

(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall oder Gerinnungsstörung)

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen der Leber

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen der Niere

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen der Atemwege

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen von Magen/Darm

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen des Nervensystems

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Stoffwechselerkrankungen

(z.B. Diabetes mellitus Typ I oder Typ II)

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten

HIV-positiv/AIDS

- ja
- nein

Hepatitis A-B-C

- ja
- nein

Sonstige Erkrankungen

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Schwangerschaft

Sind Sie schwanger?

- ja
- nein

Schwangerschaftswoche _____

Allergien

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Lokalanästhesie

Sind im Vorfeld Probleme bei der Lokalanästhesie (Spritze) aufgetreten?

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Nikotin

Rauchen Sie

- ja
- nein

Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Datum _____

Unterschrift _____