

Anamnesebogen - Zahnarzt Praxis Dr. Jaruszewski

Sehr geehrter Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis! Bevor wir mit Ihnen über Ihre Behandlungswünsche sprechen, bitten wir Sie, diesen Befundbogen sorgfältig und vollständig auszufüllen.

Patient Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitglied Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift Straße, Nr _____ Postleitzahl, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

Allgemein Beruf _____ Krankenkasse _____

Hausarzt _____ Telefon _____

Empfohlen durch _____ Überwiesen durch _____

Für eine komplikationslose Behandlung bitten wir um folgende Angaben - bitte ankreuzen -

- Sind Sie in dauernder ärztlicher Behandlung?
 Nein Ja
- Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufes (Herzinfarkt, Koronare Herzkrankheit - Angina pectoris, Herzschwäche - Insuffizienz, unregelmäßiger Herzschlag, Herzschrittmacher, hoher oder niedriger Blutdruck)? Haben Sie einen Herzpass?
 Nein Ja _____
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV etc.)?
 Nein Ja _____
- Haben sie Erkrankungen des Stoffwechsels (Diabetes, Nieren-, Schilddrüsen-, Lebererkrankung) oder des Nervensystems (Epilepsie, Depression, Sonstiges)?
 Nein Ja _____
- Leiden Sie unter Allergien (Heuschnupfen, Medikamenten-Allergie (Penicillin)? Haben Sie einen Allergiepass?
 Nein Ja _____
- Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat?
 Nein Ja _____
- Welche Medikamente nehmen Sie?
 Nein Ja _____
- Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen oder nehmen Sie Gerinnungshemmende Medikamente (Marcumar, ASS)?
 Nein Ja _____
- Sonstiges?

- Wünschen Sie vor der Behandlung eine lokale Betäubung?
 Nein Ja
- Wollen Sie an die regelmäßige Untersuchung für die Bonusregelung der Krankenkasse (Bonusheft) erinnert werden?
 Nein Ja

Wünschen Sie individuelle Informationen zu den Themen - bitte ankreuzen -

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Individualprophylaxe (u.a. Fissurenversiegelung) | <input type="radio"/> Bleaching |
| <input type="radio"/> Professionelle Zahnreinigung (Air-Flow-Behandlung) | <input type="radio"/> Amalgamfreie Füllungen |
| <input type="radio"/> Goldinlays, Keramikinlays | <input type="radio"/> Goldhämmerfüllungen |
| <input type="radio"/> Implantatversorgung | <input type="radio"/> Parodontosebehandlung |
| <input type="radio"/> Zahnersatz (Kronen, Brücken...etc.) | <input type="radio"/> Narkose |

Sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

Wichtig! Wir möchten Ihre Behandlung ohne Zeitdruck zu den vereinbarten Terminen durchführen. Andere Patienten werden deshalb nicht gleichzeitig einbestellt. Wir möchten Sie daher bitten, Ihre Bestellzeit einzuhalten. Im Verhinderungsfall treffen Sie bitte spätestens zwei Tage vorher eine neue Terminvereinbarung, damit wir einem anderen Patienten die Behandlung in dieser Zeit ermöglichen. Bei Nichteinhalten eines Termins behalten wir uns vor, eine Kostenpauschale von Euro 100,- / Std. in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____