

Dr.med.dent.
Robin Pützfeld
Zahnarzt
Linnigmannstraße 10
44269 Dortmund
Tel: 0231/44 6 22 42
Fax: 0231/44 6 22 43

Anamnesebogen für gesetzlich versicherte Patienten!

Ihre persönlichen Daten

(Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht)

Patient:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr: _____

PLZ/Ort: _____

Mitglied:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr: _____

PLZ/Ort: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Telefon (tagsüber): _____

E-Mail: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Besitzen Sie ein Bonusheft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kommen Sie auf Empfehlung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, verraten Sie uns von wem?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Die Erstellung Ihrer Rechnung erfolgt **grundsätzlich** über die ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG. Die ZA AG bietet Ihnen auch die Möglichkeit einer Teilzahlung.

Bei direkter Zahlung bar oder per EC – Karte gewähren wir 2% Skonto.

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu bearbeiten. Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.
Vielen Dank für Ihre Mühe!

Allgemeinmedizinische Anamnese

(Zutreffendes ankreuzen)

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Oja Onein
Wenn ja, bei welchem Arzt?

Hausarzt: _____ Facharzt: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Oja Onein

Hatten Sie schon ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Oja Onein

Hatten Sie jemals:

Schwierigkeiten mit langem Bluten? Oja Onein

Herz – Kreislaufstörungen? Oja Onein

Verdauungsstörungen? Oja Onein

Epilepsie? Oja Onein

Diabetes? Oja Onein

Hepatitis? Oja Onein

HIV? Oja Onein

Asthma? Oja Onein

andere Allergien? Oja Onein

Schweres Rheuma? Oja Onein

Rheumatisches Fieber, Gelenkschwellungen? Oja Onein

Herzerkrankungen? Oja Onein

Nierenerkrankungen? Oja Onein

Schilddrüsenerkrankungen? Oja Onein

andere ernsthafte Erkrankungen? Oja Onein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Oja Onein

Sind Sie Raucher? Oja Onein

wenn ja, was und wie viel rauchen Sie pro Tag?

Zahnmedizinische Anamnese

Hatten Sie schon ungewöhnliche Reaktionen auf eine zahnärztliche Spritze? Oja Onein

Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch (Bluten, Rückgang, Brennen)? Oja Onein

Beobachten Sie Zahnlockerungen? Oja Onein

Haben Sie überempfindliche Zähne (z.B. bzgl. Kälte, Süßem)? Oja Onein

Beißen sich Speisereste zwischen den Zähnen ein? Oja Onein

Haben Sie häufig einen schlechten Geschmack im Mund oder Mundgeruch? Oja Onein

Sind Sie zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung? Oja Onein

Wurde bei Ihnen eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt? Oja Onein

Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen im Kopf- oder Halsbereich? Oja Onein

Haben Sie Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung oder beim Kauen? Oja Onein

Knirschen Sie mit den Zähnen oder pressen Sie sie stark aufeinander? Oja Onein

Reiben, knacken oder klemmen bei Bewegungen die Kiefergelenke? Oja Onein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden? Oja Onein

Wurden Ihre Zähne innerhalb des vergangenen Jahres geröntgt? Oja Onein

Um zu gewährleisten, dass die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Vorsorgebehandlungen regelmäßig durchgeführt werden können, gibt es in unserer Praxis ein Recall-System, in dem wir Sie regelmäßig an den nächsten Termin erinnern.

Sind Sie damit einverstanden, daß wir Sie in unser Recall-System aufnehmen? Oja Onein

Endlich haben Sie es geschafft!

Nochmals vielen Dank, daß Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Sollte das Ausfüllen des Bogens Ihnen bei irgendeinem Thema Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Je besser wir informiert sind, desto besser können wir Sie behandeln.

Dortmund, _____
(Datum, Unterschrift)