



Dr. Andreas Saal
ZAHNARZT - IMPLANTOLOGE

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir wollen Ihren Besuch so angenehm wie möglich gestalten, hierfür benötigen wir Ihre Hilfe. Bitte füllen Sie diesen Bogen gewissenhaft aus, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Dr. Andreas Saal & Team

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ, Ort
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	
Terminreminderung	<input type="checkbox"/> SMS	

Versicherung

Krankenkasse

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Privat versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> Basistarif | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt | |

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße		PLZ, Ort
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?		
<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen	Anzeige: _____
<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt:	<input type="checkbox"/> Internet:	Sonstiges: _____

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:		

	ja	nein
Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:		
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:		

<input type="checkbox"/>	Herzmedikamente:
<input type="checkbox"/>	Cortison:
<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel:
<input type="checkbox"/>	Antidepressiva:
<input type="checkbox"/>	blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin):
<input type="checkbox"/>	Sonstige:

Sonstige Erkrankungen:

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für unsere Patientinnen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche Woche:		

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

<input type="checkbox"/>	Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	Beratung	<input type="checkbox"/>	Schmerzbehandlung
<input type="checkbox"/>	Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	Implantate	<input type="checkbox"/>	Zweite Meinung
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____				

	ja	nein			
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/ jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Möchten Sie sich für unseren Recall-Service/halbjährliche Vorsorgeuntersuchung vormerken lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Telefon	<input type="checkbox"/>	Brief	<input type="checkbox"/>	E-Mail _____

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir möchten Sie daher bitten, Termine rechtzeitig und mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wenn Sie später Absagen oder ohne Absage die Behandlung nicht in Anspruch nehmen und es uns nicht möglich ist, den Termin anderweitig zu belegen, müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Rechnung stellen.**

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift