

# Anamnesebogen

Zahnarztpraxis D. Giller

Wiedenhofstr.12 | 47798 Krefeld Telefon  
02151-978787 | Fax 02151-978788  
info@ihr-zahnarzt-krefeld.de  
www.ihr-zahnarzt-krefeld.de



Zahnarztpraxis Giller  
Für ein schönes Lächeln

## Liebe Patientin, lieber Patient!

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

## Ihre Zahnarztpraxis Giller und das Team

### Persönliches (bitte ausfüllen):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	Postleitzahl, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
Email	Beruf, Arbeitgeber	

### Versicherung (bitte ausfüllen):

Krankenkasse

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

### Wenn Sie nicht selbst versichert sind, nennen Sie uns bitte den Versicherten:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl, Ort

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (bitte ausfüllen)

<input type="checkbox"/> Bei wem dürfen wir uns für die Empfehlung bedanken? _____			
<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen	<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Bitte wenden

## Allgemeine Gesundheitssituation (bitte alle Fragen beantworten):

	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"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn ja, welche:		

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (Medikamente/Penicillin/Latex,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn ja, welche:		

Sonstige Erkrankungen:

---



---



---

Hausarzt:

## 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"/> Überweisung Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

Sind Sie mit der Stellung / Farbe / Form Ihrer Zähne zufrieden?

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR/Prophylaxe)?

Würden Sie sich Behandlung unter Vollnarkose oder Sedierung wünschen?

Haben Sie Fragen oder ein besonderes Anliegen:

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2018  
Datum

~~X~~ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

	Ja	Nein
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	

Nehmen Sie **Medikamente** ein?    
... wenn ja, welche:

Herzmedikamente: \_\_\_\_\_

Cortison: \_\_\_\_\_

Schmerzmittel: \_\_\_\_\_

Antidepressiva: \_\_\_\_\_

Blutverdünnende Medikamente:

(z.B. ASS/Marcumar/Heparin): \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? (\_\_\_\_Zig./Tag)

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_