

Liebe Neupatienten,

bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen aus und bringen ihn bei Ihrem ersten Besuch mit.
 Falls Sie Fragen zu den Angaben haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Beantworten Sie die Fragen bitte in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Ihnen bei kurzfristig abgesagten Terminen (weniger als 24 Stunden vor festgesetztem Behandlungszeitpunkt) die dadurch evtl. nicht gedeckten Praxiskosten in Rechnung gestellt werden können.



Persönliche Daten	
Patient	Versicherungsnehmer
Vorname:	Vorname:
Nachname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Straße:
Straße:	PLZ/Ort:
PLZ/Ort:	Beruf:
Telefon (privat):	Krankenkasse
Mobil:	Basistarif? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mailadresse:	Beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beruf:	Zusatzversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arbeitgeber/Ort:	Bonusheft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Röntgenpass? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Behandlungsgrund	
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Zähne gelockert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Kiefergelenkschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Macht Ihr Kiefer Geräusche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie jemals eine Kiefervermessung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ärztliche Behandlung	
Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wegen welcher/n Erkrankung/en?	
Wer ist Ihr Hausarzt/Facharzt? Anschrift/Tel.	

Röntgen		
Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich angefertigt?	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, in welcher Praxis?
	<input type="checkbox"/> Nein	



Medikamente/Therapien		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche?
	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurde oder wird bei Ihnen eine Therapie mit Bisphosphonaten (z.B. Zometa, Aclasta, Aredia, Bonviva, Bondronat, Fosamax, Fosavance, Skelid, Bonefos, Didronel, Diphos) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Nein	
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. ASS, Marcumar, Plavix, Xarelto)?	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche?
	<input type="checkbox"/> Nein	

Sind Sie Raucher?			
Nikotinkonsum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tgl. Menge: Zigaretten

Leiden Sie an Herzkrankungen?			
Herzschwäche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Unregelmässiger Herzschlag (Arrhythmien)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzasthma/Angina pectoris?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wurden bei Ihnen Stents (Gefäßstützen) eingesetzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie einen Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hatten Sie einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann?
Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Angeboren <input type="checkbox"/> Erworben

Allergien			
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?			
Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Vegetative Erkrankungen			
Leiden Sie an Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?

Kreislaufkrankungen			
Erhöhter Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Stoffwechselerkrankungen			
Zucker (Diabetes)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Typ?
Magen-Darm-Erkrankungen? (z.B. Morbus Crohn)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Osteoporose/Rheuma?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	



Bluterkrankungen			
Blutungsneigung (Hämophilie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Blutarmut (Anämie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Krebs			
Leiden Sie unter einer Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, an welcher?			

Infektionserkrankungen			
Leiden Sie unter Infektionserkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Typ?
Aids	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kinderkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Erkrankungen des Nervensystems			
Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Schwangerschaft			
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, in welchem Monat?			

Nächster Vorsorgetermin			
Möchten Sie von uns an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> per E-Mail	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> SMS

Was uns sonst noch wichtig ist			
Wie haben Sie zu uns gefunden?	<input type="checkbox"/> Durch Empfehlung	<input type="checkbox"/> facebook	
	<input type="checkbox"/> Per Zufall	<input type="checkbox"/> Jameda	
	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Unsere Website	
	<input type="checkbox"/> Weil Sie uns bereits kennen		

Vielen Dank für Ihre Informationen.

Ort Datum Unterschrift