

ANAMNESEBOGEN

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS



ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Ani Brüggling

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT!

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Vielen Dank für Ihr Vertrauen und die Zeit, die Sie sich nehmen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz entsprechend der Datenschutzverordnung DSGVO. Die Information zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis ausgehängt oder jederzeit einsehbar.

Ihre Dr. Ani Brüggling

PATIENT

Name / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf	
Ihr Hausarzt (Name / Adresse / Telefon)		

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Beihilfeberechtigt Privat versichert Zusatzversicherung

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

Name / Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ / Ort

ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?
Zutreffendes bitte ankreuzen!

HERZ

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung, Verengung der Herzkranzgefäße
- Rhythmusstörungen
- Bypassoperationen, Herzklappenersatz, Schrittmacher

ERKRANKUNG DES BLUTBILDENDEN SYSTEMS

- Blutarmut
- Bluter

ATMUNGSWEGE/ LUNGE

- Asthma
- Bronchitis

LEBER

- Gelbsucht
- Hepatitis

VEGETATIVES NERVENSYSTEM

- Kopfschmerzen
- Migräne

AUGEN

- Grauer Star
- Grüner Star

KREISLAUF

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

MAGEN-DARM-TRAKT

- Blasen-Nieren
- Nierenerkrankung
- Dialyse

ZENTRALES NERVENSYSTEM

- epileptische Anfälle

STOFFWECHSEL

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten
- HIV/AIDS, Tuberkulose
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung/Chemotherapie)
- Osteoporose
- Röteln, Mumps, Masern, Scharlach
- Creutzfeldt-Jakob-Syndrom (CJK)

Sonstige medizinisch wichtige Informationen

- Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?

- Nehmen Sie Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

- Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche?

- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder bestimmte Stoffe?
Wenn ja, welche?

- Besitzen Sie einen Allergiepass?

- Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche?

- Sind Sie schwanger?
Wenn ja, welcher Monat?

Unsere Patiententermine sind verbindlich und werden nach einem Bestellsystem geführt. Durch Not- bzw. Schmerzfälle kann es trotzdem zu unvorhergesehenen Wartezeiten kommen. Wenn möglich, versuchen wir Sie in solchen Fällen zu informieren. Bitte sagen Sie vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher ab, bzw. Montagstermine Donnerstagabend. Da es sich für Sie um einen reservierten Termin handelt, behalten wir es uns vor, gemäß §§615,611 BGB, bei Versäumnis ohne rechtzeitige Absage eine angemessene Ausfallgebühr zu berechnen. Ich bin damit einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, diesen Anmeldebogen gelesen und verstanden zu haben.

Datum

Unterschrift