



ZAHNARZTPRAXIS NEKZAI

Zahnheilkunde & Implantologie

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Nekzai!

Wir sind stets bemüht, Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zukommen zu lassen. Da die Zahnmedizin häufig auch andere Gebiete der Medizin berührt, ist es zu Ihrer Sicherheit wichtig, zunächst ein paar allgemein- medizinische Dinge zu klären. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der zahnärztlichen Schweigepflicht und dienen lediglich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Dieser Bogen wird Ihrer Patientenakte hinzugefügt. Bevor wir uns also über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten bitten wir Sie, sich einen Moment Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Wenn Sie Fragen haben sind wir Ihnen natürlich gern behilflich.

Ihre Zeit und Ihre Gesundheit sind uns Wichtig! Deshalb wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlung Ihrer Zähne erfolgt nach einem genauen festgelegten Zeitplan. Ihre Behandlungszeit ist nur für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie spätestens 24 Stunden vorher um Nachricht. Kassenpatienten: Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, müssen wir die Behandlungskosten privat in Rechnung stellen. Wir versichern Ihnen den vertraulichen Umgang mit Ihren Daten.

Patientendaten

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Wohnort
_____ Telefon	_____ Mobil
_____ E-Mail	_____ Beruf

Versicherter (Bitte nur ausfüllen, falls der Versicherter vom Patienten abweicht. Vielen Dank)

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Wohnort

Versicherungsverhältnis

gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt private Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Homepage Suchmaschine Telefonbuch Zeitungsanzeige sonstige Printmedien: _____

Persönliche Empfehlung von: _____



ZAHNARZTPRAXIS NEKZAI

Zahnheilkunde & Implantologie

Allgemeine Gesundheitsfragen (Bitte zu Ihrer Sicherheit ausfüllen. Vielen Dank)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nehmen Sie blutverdünnende Mittel | wenn ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Erkrankung des Herzens | z.B. Herzfehler, Infarkt, Operation, Endokarditis |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blut- und Kreislauf- Erkrankung | z.B. Gerinnungsstörung, blaue Flecken, Nachblutung,
Blutdruckabweichung, Gehirnschlag |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Internistische Erkrankung | z.B. Zucker(Diabetes), Schilddrüse, Lunge, Niere, Rheuma
Magen-Darm (Sodbrennen, Erbrechen) |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Erkrankungen | Arthrosen, Rheuma, M. Bechterew, Bewegungsapparat,
Halswirbelsäule, Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Infektionskrankheiten | HIV, Hepatitis, Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges | bitte angeben, z.B. Unfall: _____ |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nehmen Sie Medikamente ein? | wenn ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sind Allergien, Arzneimittel-
Unverträglichkeiten bekannt? | wenn ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Besteht eine Schwangerschaft? | wenn ja, welcher Monat? _____ |

Haben Sie Beschwerden ...

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ... mit empfindlichen Zähnen? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ... mit Ihren Füllungen? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ... mit Ihrem Zahnersatz? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ... mit dem Zahnfleischbluten? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ... Knirschen oder Pressen Sie? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Kopfschmerzen, Migräne? |

Sonstige Fragen

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie einen Röntgenpass? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wünschen Sie einen Röntgenpass? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie ein Bonusheft |

Recallsystem

Wir bieten einen kostenlosen Erinnerungsservice an, über den Sie sich halbjährlich an Ihre Kontrolltermine erinnern lassen können. Sollen wir diesen unverbindlichen Service für Sie einrichten, so tragen sie bitte in das entsprechende Feld Ihre Wunsch-Benachrichtigung ein:

- per Post per Telefon per E-Mail _____
- nein, ich möchte nicht benachrichtigt werden!

Ich versichere, meine Angaben vollständig und nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir werden diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren.
Bitte teilen Sie uns Änderungen jedoch umgehend mit!