Willkommen in unserer Praxis
Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

MARK MAZUR
ZAHNARZTPRAXIS

Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte ich Sie um Ausfüllung dieses Anamnesebogens.
Er wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf **das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis** unterliegen. Die Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne ansprechen.

Patient

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (Arbeit): _____ Handy: _____

Beruf: _____ Firma: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Freiwillig versichert ❑ Privat versichert ❑

Wenn privat versichert: Vollschutzvertrag ❑ Beihilfeberechtigt ❑

Wie wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam_____

Versicherter

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (Arbeit): _____ Handy: _____

Beruf: _____ Firma: _____

E-Mail: _____

In unserer Praxis legen wir Wert auf individuelle Patientenbetreuung und Beratung!

Ihre Krankenkasse übernimmt möglicherweise nicht alle Leistungen, die Sie von unserer Praxis in Anspruch nehmen möchten, wie z.B. **professionelle Zahnreinigung**.

Im Rahmen der Qualitätssicherung und Patientenbetreuung können - unabhängig von den diagnostischen Aufnahmen - Fotoaufnahmen angefertigt werden.

Zum Schluss noch:
Möchten Sie eine Erinnerung an Ihren Folgetermin per SMS : ❑ Ja ❑ Nein

Damit wir rechtzeitig umdisponieren und somit Ausfallzeiten vermeiden, sollten Sie Ihren vereinbarten Termin mindestens 24 Stunden vorher absagen, sollte die Termindauer länger als 1 Stunde betragen, bitten wir Sie diesen mindestens 72 Stunden davor abzusagen.
Sollte dies nicht geschehen, werden wir die Ausfallzeit in Rechnung stellen.

Datum _____ Unterschrift_____

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

MARK MAZUR
ZAHNARZTPRAXIS

Patient

Name, Vorname: _____

geb.: _____

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?
❑ Nein ❑ Ja, mein behandelnder Arzt _____

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt:

Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)	Ja ☐	Nein ☐
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	Ja ☐	Nein ☐
	Herzasthma, Angina pectoris	Ja ☐	Nein ☐
	Herzschrittmacher	Ja ☐	Nein ☐
	Zustand nach Herzinfarkt	Ja ☐	Nein ☐
	wenn ja, wann: _____		
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	Ja ☐	Nein ☐
	wenn ja, welche: _____		
	Sonstiges:_____		
Kreislauferkrankungen:	zu hoher Blutdruck	Ja ☐	Nein ☐
	zu niedriger Blutdruck	Ja ☐	Nein ☐
	Sonstiges:_____		
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle	Ja ☐	Nein ☐
	Aufwallungen	Ja ☐	Nein ☐
	Nehmen Sie Tranquilizer oder Beruhigungsmittel	Ja ☐	Nein ☐
	Sonstiges:_____		
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	Ja ☐	Nein ☐
	Magen-Darmerkrankung	Ja ☐	Nein ☐
	Schilddrüsenerkrankung	Ja ☐	Nein ☐
	Sonstiges:_____		
Erkrankungen des Nervensystems:			
	Epileptiforme Anfälle	Ja ☐	Nein ☐
	Krämpfe	Ja ☐	Nein ☐
	Sonstiges:_____		
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)	Ja ☐	Nein ☐
	Blutarmut (Anämie)	Ja ☐	Nein ☐
	Sonstiges:_____		
Allergien:		Ja ☐	Nein ☐
	Wenn ja, welche? _____		
Besitzen Sie einen Allergiepass (wenn ja, bitte vorlegen)		Ja ☐	Nein ☐
	Penicillin- bzw. Antibiotika-Überempfindlichkeit	Ja ☐	Nein ☐
	Asthma	Ja ☐	Nein ☐
	Ekzeme:	Ja ☐	Nein ☐
	Sonstiges:_____		
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung-Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	Ja ☐	Nein ☐
	Tuberkulose	Ja ☐	Nein ☐
	Chronische Erkrankungen der Atemwege Husten etc.	Ja ☐	Nein ☐
	HIV	Ja ☐	Nein ☐
	Sonstiges:_____		

Weitere Angaben:

Sind oder waren Sie drogenabhängig ❑ Nein ❑ Ja
Sind Sie frisch operiert ❑ Nein ❑ Ja wenn ja, weswegen: _____

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____ Besitzen Sie einen Röntgenpass? : Ja ☐ Nein ☐

(Bei Frauen) Sind Sie schwanger? ❑ Nein ❑ Ja, im _____ Woche

Wünschen Sie mit örtlicher Betäubung behandelt zu werden? ❑ Nein ❑ Ja

Datum _____ Unterschrift_____