



ZAHNGESUNDHEIT.BERLIN

IHRE PRAXIS FÜR DIE GANZE FAMILIE

ANAMNESEBOGEN

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 Zahnärztin Alina Matzdorf & das Team

PERSÖNLICHES

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	Telefon Arbeit
E-Mail	Beruf	

Terminreminderung Telefon E-Mail

VERSICHERUNG

Krankenkasse

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

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

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Internet Überweisung _____

FÜR DIE BESTANDSPATIENTEN DER PRAXIS R. MARSCHOLLEK

Hiermit stimme ich ausdrücklich der Einsichtnahme und Verwendung meiner Patientenakte für die weitere Behandlung zu.

BITTE WENDEN

ZAHNGESUNDHEIT.BERLIN

Rennbahnstraße 20

13086 Berlin

T 030-9253194

praxis@zahngesundheit.berlin

www.zahngesundheit.berlin

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

ja nein
Hoher Blutdruck
Niedriger Blutdruck
Blutgerinnungsstörung
Schlaganfall
Diabetes
Herzerkrankungen

wenn ja, welche:

Schilddrüsenerkrankung
Rheumatische Krankheiten
Allergien

wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

Infektionskrankheiten:

HIV

Hepatitis

Tuberkulose

Sonstige: _____

ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

wenn ja, welche:

Herzmedikamente: _____

Cortison: _____

Schmerzmittel: _____

Antidepressiva: _____

blutverdünnende Medikamente

(z.B. ASS, Marcumar, Heparin): _____

Rauchen Sie?

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

wenn ja, welche Woche: _____

MUNDGESUNDHEITSSITUATION

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung

Beratung

Schmerzbehandlung

Neuer Zahnersatz

Überweisung Zahnarzt

Zweite Meinung

Sonstiges: _____

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und 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 (Prophylaxe)?

Dürfen wir Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge erinnern?

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. Vielen Dank.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift