



## ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Die darin abgefragte Vorgeschichte ist für eine Behandlung von großer Wichtigkeit.

### Angaben zum Patienten

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Anschrift \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Mail \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Hauptversicherer (falls dieser vom Patienten abweicht) \_\_\_\_\_

### Angaben zur Versicherung

Gesetzliche Versicherung \_\_\_\_\_  
 Zusatzversicherung  ja  nein  
 wenn ja, bitte das Eintrittsdatum angeben: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Private Versicherung \_\_\_\_\_  
 Standardtarif  ja  nein  
 Basistarif  ja  nein  
 Wenn noch keine Zusatzversicherung vorhanden ist,  
 möchten Sie von uns informiert werden?  
 ja  nein

### Bitte zutreffendes ankreuzen!

1. Leiden Sie an Zahnfleischbluten?  ja  nein  gelegentlich
2. Haben Sie eine Herzerkrankung oder einen Herzschrittmacher?  ja  nein
3. Sind Sie Allergiker(in)?  ja  nein Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_
4. Sind Sie Zuckerkrank?  ja  nein
5. Haben Sie Kreislaufbeschwerden?  ja  nein
6. Haben Sie  zu hohen Blutdruck/  zu niedrigen Blutdruck/  normalen Blutdruck?
7. Sind Sie Leberkrank oder hatten Sie Gelbsucht?  ja  nein
8. Haben Sie übertragbare Krankheiten (TBC ...)?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
9. Haben Sie AIDS/ sind Sie HIV Pos.?  ja  nein
10. Hatten oder haben Sie ein Magen- oder Darmgeschwür?  ja  nein
11. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?  ja  nein
12. Sind Sie Schilddrüsenkrank?  ja  nein
13. Sonstige Erkrankungen Rheuma, Asthma, Epilepsie...?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
14. Haben Sie ein Organtransplantat?  ja  nein
15. Sind Sie schwanger?  ja  nein
16. Nehmen Sie regelmäßige Medikamente?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Name \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

### Serviceleistungen:

- Möchten Sie von uns Informationen über Prophylaxe erhalten?  ja  nein Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein
- Möchten Sie unseren kostenlosen Recall-Service nutzen?  ja  nein Auf Wunsch benachrichtigen wir Sie schriftlich und erinnern an Ihren Kontrolltermin. Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?  ja  nein
- Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?  Empfehlung  Internet  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hiermit nehme ich zur Kenntnis und akzeptiere, dass das Medentes Zahnarztzentrum mir bei Nichterscheinen ohne Absage bzw. bei einer Terminabsage von weniger als 12 Stunden im Voraus ein Ausfallhonorar in Höhe von 90€ in Rechnung stellt.