

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam

Persönliche Angaben

Patient

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Hauptversicherter (Mitglied) der Krankenkasse

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel. privat _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____

Krankenkasse oder Versicherung _____

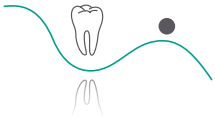
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Für Kassenpatienten

Wir brauchen Ihre Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. **Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.** Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Datum _____ Unterschrift _____



Fragen zum Gesundheitszustand im Interesse einer komplikationslosen Behandlung

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	ja	nein
Hausarzt/Facharzt:	Name, Adresse und Tel.-Nr.:		
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja	nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)? Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Brustenge (Angina pectoris)? Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Sonstiges?	ja ja ja ja	nein nein nein nein
Kreislaufkrankungen:	Zu hoher Blutdruck? Zu niedriger Blutdruck? Zustand nach Herzinfarkt? Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Sonstiges?	ja ja ja ja	nein nein nein nein
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle? Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Sonstiges?	ja ja	nein nein
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)? Magen-Darmerkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen? Sonstiges?	ja ja ja	nein nein nein
Erkrankung des Nervensystems:	Epileptische Anfälle? Krämpfe? Sonstiges?	ja ja	nein nein
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? Blutarmut (Anämie)? Sonstiges?	ja ja	nein nein
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/)? Tuberkulose? Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? Sonstiges?	ja ja ja ja	nein nein nein nein
Weitere Angaben:	Haben Sie einen Gelenkersatz?	ja	nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo?	ja	nein
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat?		

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum _____ Unterschrift _____



Servicebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir arbeiten stetig daran, Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich zu machen. Wir möchten unser Angebot und unseren Service stetig verbessern. Dafür möchten wir Sie besser kennenlernen, um zu verstehen, worauf Sie Wert legen und was Ihnen wichtig ist. Dazu haben wir ein paar Fragen an Sie. Wir freuen uns, wenn Sie uns helfen und wir Ihnen damit Ihre Zeit in unserer Praxis so einfach und angenehm wie möglich machen.

Danke für Ihre Unterstützung.

Patient

Name _____ Vorname _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Google-Suche Praxis-Website Bewertungsportal: welches? _____

persönliche Empfehlung: von wem? _____

Sonstiges: _____

Dürfen wir Sie an Ihre regelmäßige Zahnvorsorge erinnern?

Ja Nein

Dürfen wir Ihnen Informationen aus der Praxis (Neuigkeiten und spezielle Angebote oder einen Newsletter) per E-Mail zukommen lassen?

Ja Nein

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Zähnen im Allgemeinen?

sehr zufrieden zufrieden unzufrieden weiß ich nicht

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe?

sehr zufrieden zufrieden unzufrieden weiß ich nicht

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnstellung?

sehr zufrieden zufrieden unzufrieden weiß ich nicht

Zu welchen Themen wünschen Sie sich Beratung von uns?

Bleaching Zahnkorrekturen Veneers Implantate

Datum _____ Unterschrift _____