

INFORMATIONEN- UND ANAMNESEBOGEN

PERSÖNLICHE ANGABEN

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst gewissenhaft aus.
Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Vor- und Nachname

Geburtstag (tt.mm.jjjj)

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

MITGLIED/VERSICHERTER

Vor- und Nachname

Geburtstag (tt.mm.jjjj)

Beruf

Krankenkasse

☐ freiwillig versichert ☐ beihilfsberechtigt ☐ zusätzlich versichert

FÜR PRIVAT VERSICHERTE

Sind Sie im Basistarif versichert? ☐ ja ☐ nein

WAS FÜHRT SIE ZU UNS?

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Empfehlung ☐ Gelbe Seiten ☐ Telefonbuch ☐ Internet



Vor- und Nachname des Empfehlers

☐ Sonstiges



☐ Promedent Webseite

☐ Google

☐ Jameda

☐ Facebook

☐ Instagram

☐ andere

BITTE WENDEN ►►►►

PROMEDENT®
PROFIS FÜR MEINE ZÄHNE!

ALLGEMEINE SITUATION

	JA	NEIN
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	☐	☐
Hausarzt		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
Welche? (Marcumar, Herz-ASS, etc.)		
Penicillinallergie?	☐	☐
Medikamentenallergie?	☐	☐
Sonstige Allergien?		
Traten Nebenwirkungen durch zahnärztliche Spritzen auf?	☐	☐
Herzerkrankung?	☐	☐
Herzmuskelentzündung (Endokarditis)?	☐	☐
Hoher Blutdruck?	☐	☐
Niedriger Blutdruck?	☐	☐
Blutgerinnungsstörung?	☐	☐
Schilddrüsenfunktionsstörung?	☐	☐
Diabetes?	☐	☐
Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis/Tuberkulose)?	☐	☐
Creutzfeld-Jakob-Krankheit oder deren Variante (CJK,vCJK)?	☐	☐
Schlaganfall?	☐	☐
Nierenerkrankung?	☐	☐
Lebererkrankung?	☐	☐
Osteoporose?	☐	☐
Sonstige Erkrankungen?		

Ort/Datum

ZAHN-MUND-SITUATION

	JA	NEIN
Haben Sie gelegentlich Zahnfleischbluten?	☐	☐
Haben Sie Mundgeruch?	☐	☐
Hatten Sie schon eine Parodontosebehandlung? Wann? _____	☐	☐
Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies/Zahnfleischrückgang?	☐	☐
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne zufrieden?	☐	☐
Haben/hatten Sie Schmerzen beim Mundöffnen, Gähnen oder Kauen?	☐	☐
Sind einzelne Zähne besonders empfindlich?	☐	☐
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	☐	☐
Sind Sie wegen Nackenverspannungen/Kopfschmerzen in Behandlung?	☐	☐
Was ist Ihr besonderes Anliegen?		
Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne gemacht?		
Bei welchem Zahnarzt?		

FÜR PATIENTINNEN

	JA	NEIN
Besteht eine Schwangerschaft? _____ Woche	☐	☐

UNSER SERVICE FÜR SIE

	JA	NEIN
Telefonische Terminbestätigung Ihres nächsten Termins erwünscht?	☐	☐
Erinnerung per Post an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin erwünscht?	☐	☐

WICHTIGE HINWEISE

Wir weisen Sie darauf hin, dass durch Injektionen zur lokalen Betäubung die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit. Wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt, teilen Sie uns dies bitte auch umgehend mit. Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt, d.h. die vereinbarten Termine werden exklusiv für Sie reserviert. Sollten Sie einen reservierten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Wir behalten uns vor, die Ausfallzeit für nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen.

DATENSCHUTZ

Ja, ich bestätige, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Anamnese gespeichert und verarbeitet werden. Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Die Datenschutzerklärung liegt in der Praxis aus.

Unterschrift