

# PatientenAnamnese

Liebe Patientin,  
lieber Patient...

herzlich willkommen in unserer Praxis!  
Wir bitten sie uns zunächst einige Informationen für unsere Administration zu geben.

**Hinweis...**

Wenn Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab. Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestell-System geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder 24 Stunden vorher abzusagen.

**Bitte, helfen Sie uns...**

Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können, ist es wichtig, dass Sie auch alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

**Bitte beachten!**

Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

**Bitte, beschreiben Sie den Grund Ihres Besuches in unserer Praxis möglichst genau...**

Haben oder hatten Sie Schmerzen? Wann und wo treten diese Schmerzen auf? Welche Vorbehandlungen sind von überweisenden Ärzten oder Zahnärzten durchgeführt worden? Welche Hinweise können Sie uns noch geben?

Wünschen Sie in unser Wieder-Bestellsystem aufgenommen zu werden?  
Ja  Nein

Wünschen Sie über unser intensives Karies-Prophylaxe-Programm informiert zu werden?  
Ja  Nein

Vielen Dank für Ihr Mühe!

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

PLZ/Wohnort	Straße/Hausnummer	Telefon privat
-------------	-------------------	----------------

E-Mail	Handy-Nr.	Telefon geschäftlich
--------	-----------	----------------------

Gesetzliche Krankenversicherung  
 Private Krankenversicherung  
 Beihilfeberechtigt  
 Zusatzversicherung

Beruf \_\_\_\_\_

versichert mit  Ehemann  Ehefrau  Vater  Mutter

Name (des Versicherten)	Vorname	Geburtsdatum
-------------------------	---------	--------------

Krankenkasse	Arbeitgeber
--------------	-------------

Hausarzt	überwiesen von	empfohlen durch
----------	----------------	-----------------

Wann und wo wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, an den Nebenhöhlen, am Hals, an der Nase oder an den Ohren) geröntgt? Wann? Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

**Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...**

Sind Sie zur Zeit schwanger? In welchem Monat?  Ja  Nein

Herz oder Kreislauf Ja  Nein  Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Wo?  Ja  Nein

Lunge Ja  Nein

Blut Ja  Nein

Leber Ja  Nein

Nieren Ja  Nein

Schilddrüse Ja  Nein

Magen-Darm-Trakt Ja  Nein

Gelenken (Rheuma) Ja  Nein

**Haben oder hatten Sie jemals...**

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“?  Ja  Nein

Hohen Blutdruck Ja  Nein

Allergien Ja  Nein

Zucker (Diabetes) Ja  Nein

Fallsucht (Epilepsie) Ja  Nein

Gelbsucht (Hepatitis) Ja  Nein

Grüner Star Ja  Nein

Zahnfleischbluten Ja  Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? An welchen?  Ja  Nein

**Meine Beratungswünsche...**

Neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden.

Professionelle Zahnreinigung  Weiße Zähne (Bleaching)  
 Zahnfarbene Keramikfüllung ohne Allergierisiko  
 Implantate / Implantatversorgung (künstliche Zahnwurzeln)  
 Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln  Ernährungsfragen

Datum	Unterschrift des Patienten
-------	----------------------------

Liebe Patientin, lieber Patient...

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten werden. Die dadurch gesparte Zeit können wir Ihnen persönlich zugute kommen lassen. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht, an die unser ganzes Praxisteam gebunden ist.

Dr. Hans-Jürgen

**WERDECKER**

Z a h n a r z t

