

Anamnesebogen

Herzlich willkommen!

Das Team der Zahnklinik PODBI344 freut sich auf Ihren Termin in unserem Hause.
Damit wir uns optimal auf Sie und Ihre Erwartungen einstellen können, bitten wir Sie um das Ausfüllen des Anamnesebogens.

Angaben zu Ihrer Person

Name

Versicherte Person/Geburtsdatum

Geburtsdatum

Telefon (dienstlich)

Straße

Telefon (privat)

Wohnort

Mobil

Versicherung/Krankenkasse

E-Mail

Allgemeine Angaben

Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

- | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Zähne | <input type="checkbox"/> Korrektur der Zahnstellung |
| <input type="checkbox"/> Implantatberatung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbeschwerden | |

Hinweis

Unser Konzept für „einfach schöne Zähne“ lässt sich auf Wunsch optimal mit einer ästhetischen Behandlung im Gesichtsbereich ergänzen. Wenn Sie eine Beratung zum Thema Faltenbehandlung oder Lippenbehandlung wünschen, setzen Sie bitte hier ein Kreuz:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankung

Blutgerinnungsstörung (z.B. Marcumarbehandlung)

Kreislaufkrankung (z.B. Blutdruck)

Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose)

Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes)

Immunerkrankung (z.B. HIV)

Ihr Gesundheitszustand

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie auf Stoffe oder Medikamente allergisch?

Bevorzugen Sie eine begleitende homöopathische Behandlung?

Sind Sie schwanger?

Wurden Sie in den vergangenen Monaten im Kieferbereich geröntgt?

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Gibt es weitere Angaben, die Sie hinsichtlich Ihres Gesundheitszustandes mitteilen möchten?

Was erwarten Sie von Ihrer Behandlung?

Kommen Sie auf Empfehlung in unsere Klinik? Wenn ja, auf wessen Empfehlung?

Wünschen Sie die Behandlung durch einen bestimmten Arzt/Ärztin?

Möchten Sie von unserem kostenlosen Erinnerungsservice für die Kontrolluntersuchung / Zahnreinigung profitieren?

JA

NEIN

Datum, Unterschrift