

Informations- und Anamnesebogen für die Behandlung beim Zahnarzt
Joachim Markus

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Patient _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____
Mitglied _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____
Anschrift _____
Straße Nr. _____ PLZ Ort _____
Telefon _____ Beruf _____ Arbeitgeber _____
Krankenkasse _____ Hausarzt _____

Die Krankenversichertenkarte bzw. der Zahnbehandlungs- oder Überweisungsschein ist spätestens bei der 2. Behandlung vorzulegen, weil sonst gemäß den vertraglichen Bestimmungen die Abrechnung mit den Krankenkassen nicht erfolgen kann

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben:
(Bitte ankreuzen)**

			JA	NEIN
1.	Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? _____	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wurden in den letzten 3 Jahren Röntgenaufnahmen des Schädels/Zähne gemacht?	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat?	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Hatten oder haben Sie eine der folgenden Gesundheitsstörungen?			
a	Herzleiden?	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	zu hoher Blutdruck?	b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	zu niedriger Blutdruck?	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen?	d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Zuckerkrankheit?	e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Lebererkrankungen, Gelbsucht?	f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Nierenleiden?	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Lungenerkrankungen, Tuberkulose?	h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Schilddrüsenerkrankungen?	i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Magen-Darmerkrankungen?	j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Asthma?	k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Rheuma?	l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten?	m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	HIV/AIDS	n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?	o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie Interesse an Prophylaxemaßnahmen, Professionelle Zahnreinigungen etc.?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte teilen Sie uns vor einer Behandlung mit, wenn sich nachträgliche Änderungen zum Fragebogen ergeben haben.

Datum

Unterschrift

Wir bitten Sie zu beachten, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach einer Behandlung mit örtlicher Betäubung eingeschränkt sein kann.

Wir führen eine Bestellpraxis. Dies bedeutet, dass Sie sich unbedingt an die vereinbarten Termine halten müssen oder sich bei Änderungen mind. 2 Tage vorher melden.