



# EVA JORG

## ZAHNARZTPRAXIS

### Anamnesebogen

---

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei aufkommenden Fragen helfen wir Ihnen selbstverständlich gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

#### Angaben zu Ihrer Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

Hausarzt mit Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja  Nein

#### Angaben des Hauptversicherten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Angaben zu Ihrer Gesundheit (bitte unbedingt ausfüllen)/ bei Ja ankreuzen

Herz-Kreislaufbeschwerden?	<input type="checkbox"/>		
Hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/>		
Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>		
Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/>		
Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>		
Herzklappenfehler/Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/>	Falls „Ja“, Endokarditis-Prophylaxe notwendig?	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z. B. HIV)?	<input type="checkbox"/>		
Lebererkrankungen (Hepatitis A/B/C)?	<input type="checkbox"/>		
Allergien?	<input type="checkbox"/>	Falls „Ja“, gegen:	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	Falls „Ja“, welche?	
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	Falls „Ja“, welche?	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	Falls „Ja“, Monat _____	

## Sonstige Krankheitsbilder

Diabetes?	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>
Asthma?	<input type="checkbox"/>
Osteoporose?	<input type="checkbox"/>
Epilepsie?	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung?	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>
Rheuma?	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Falls „Ja“, welche: _____

Haben Sie Zahnschmerzen?

Zahnfleischbluten/Schmerzen am Zahnfleisch

Kieferknacken/Knirschen/Pressen

Schnarchen Sie nachts?

## Sonstige Informationen

Rauchen Sie?  Wenn „Ja“, wie viel? \_\_\_\_\_

Wurde Ihnen ein Pflegegrad zugesprochen?  Wenn „Ja“, welcher Grad? \_\_\_\_\_

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Möchten Sie per E-Mail an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine erinnert werden?

## Möchten Sie über folgende Zusatzbehandlungen informiert werden?

Zahnersatz

Implantate

Vorbeugung gegen Karies

Professionelle Zahnreinigung

Verschönerung der Zähne

Alternativen zu Amalgam

Zahnaufhellung

Sportmundschutz

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, die Praxis über neue & akute Erkrankungen unaufgefordert zu informieren. Ich nehme zur Kenntnis, dass bei einem versäumten Termin ohne vorherige Absage bis mind. 24 Std. vorher eine Ausfallgebühr zu zahlen ist.

Dortmund, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_