



Dr. med. dent. Christiane Willmann

Praxis für Zahnheilkunde

Dorfstr. 26
40667 Meerbusch-Büderich
Telefon: 02132 – 5614
Fax: 02132 – 91 11 68

Anamnesebogen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte ich Sie im Interesse einer adäquaten und risikofreien Behandlung um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Er wird ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ & Wohnort _____ Telefon (privat) _____

Beruf(freiwillige Angabe) _____ Arbeitgeber(freiwillige Angabe) _____ Telefon (beruflich)/Mobil-Nr. _____

Krankenkasse _____ Email Adresse _____

Nur bei Kassenpatienten: Freiwillig versichert ? ja nein Zahnersatzzusatzversicherung ? ja nein

Nur bei Privatpatienten: Beihilfeberechtigt ? ja nein

Bei nicht selbst Versicherten (Familienangehörigen, Kindern):

Name des Mitgliedes _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mein Behandlungswunsch: _____

Ich wurde überwiesen / komme auf Empfehlung von: _____

Für gesetzlich versicherte Patienten:

Bitte bringen Sie ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in die Praxis mit. Wünschen Sie, von uns darüber informiert zu werden, welche Möglichkeiten es für eine optimale zahnmedizinische Versorgung gibt, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden ? ja nein

Für alle Patienten:

Ich wünsche nähere Informationen über die folgenden Behandlungsmöglichkeiten:

Amalgam-Sanierung

Kosmetische Zahnheilkunde

Prophylaxeprogramm

Zahnfarbene Keramikfüllungen

Goldgußfüllungen

Möchten Sie über unseren kostenlosen und unverbindlichen Recall-Service alle 6 Monate an ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden ?

ja

nein

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten. **Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Termine werden daher in Rechnung gestellt** (derzeit berechnen wir 90,- € pro angefangene halbe Stunde). Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden. Wir bitten Sie um ihr Verständnis, dass es in solchen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen kann.

Datum _____ Unterschrift _____

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung ? _____

Behandelnder Arzt / Hausarzt: _____

Regelmäßige Medikamente ? _____

Leiden Sie zur Zeit oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen ?

Infektionskrankheiten	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Chronische Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Herzerkrankungen	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Herzinfarkt, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kreislaufferkrankungen	Zu hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Zu niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Schwindel, Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Gerinnungshemmende Medikamente ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Stoffwechselerkrankungen	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Erkrankungen der Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erkrankungen des Nervensystems	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Krämpfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bluterkrankungen	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Allergien	Ekzeme, Hautausschlag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Besitzen Sie einen Allergiepaß ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstige Erkrankungen _____

Hatten Sie bereits eine Parodontitisbehandlung ? Wenn ja, wann? _____ ja nein

Sind oder waren Sie Raucher ? Wenn ja, Zahl der Zigaretten pro Tag: _____ ja nein

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung ? ja nein

Sind Sie oder waren Sie jemals drogen- oder alkoholabhängig ? ja nein

Befinden oder befanden Sie sich in psychotherapeutischer Behandlung ? ja nein

Sind Sie frisch operiert ? ja nein

Wurden Sie im letzten Jahr im Mund-/Kieferbereich geröntgt ? ja nein

Für Frauen: Sind Sie schwanger ? Wenn ja, welcher Monat ? _____ ja nein

Bitte teilen Sie uns im eigenen Interesse etwaige Änderungen der obigen Angaben sofort mit !

Datum _____ Unterschrift _____