

Beratungsbogen - Anamnese

Patient
Name Vorname geb.

Versicherter falls abweichend
Name Vorname geb.

Straße / Hausnummer

Postleitzahl Stadt

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

gesetzlich* freiwillig privat beihilferechtigt

* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird

Haben Sie eine zahnärztliche Zusatzversicherung? ja nein **Welche:**

Anamnese: Wie ist Ihr aktueller Gesundheitsstatus ?

1. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankungen |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | |
| <input type="checkbox"/> Nein, ich habe keine der Krankheiten. | |
- Wenn ja, seit wann?**

2. Hatten Sie einen Herzinfarkt ? ja nein Nehmen Sie Marcumar? ja nein

Hatten Sie einen Schlaganfall ? ja nein Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Hatten oder haben Sie Lähmungen ? ja nein ggf. wann?

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein wenn ja, welche?

4. Haben Sie Allergien? ja nein wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien gegen Medikamente? ja nein wenn ja, welche?

5. Wie ist Ihr Kreislauf und Blutdruck ? niedrig
 normal
 hoch ggf. Werte?

6. Rauchen Sie regelmäßig? ja nein Menge je Tag?

7. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein wievielte Woche?

- 8. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?** ja nein
- Leiden Sie an Zahnfleischbluten?** ja nein
- Haben Sie morgens Kieferschmerzen?** ja nein
- Leiden Sie häufig an Herpes oder Aphten?** ja nein

9. Haben Sie weitere noch nicht erwähnte Krankheiten?

10. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? ungefähr?

11. Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt? ja nein

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

ungefähr?

Kassenversicherte: Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

12. Wünschen Sie, dass wir Sie zu Ihrer regelmäßigen Vorsorgeuntersuchung benachrichtigen? ja nein

Ihre Erwartungen und Wünsche sind uns wichtig!

* Wie würden Sie Ihre Zähne in Bezug auf Aussehen und Gesundheit beschreiben?

* Was ist Ihr größter Wunsch in Bezug auf das Aussehen Ihrer Zähne?

* Wie wichtig ist es Ihnen, Ihre Zähne langfristig zu schützen und zu erhalten?

* Wie wichtig ist Ihnen ein strahlendes weißes Lächeln?

* Wie wichtig sind Ihnen moderne und zahnschutzschonende Behandlungsmethoden?

* Wie wichtig ist es Ihnen, Hinweise zur Optimierung Ihrer Zahnpflege zu erhalten?

* Wie wichtig ist Ihnen Service und Serviceanrufe von Ihrem Zahnarzt?

	sehr wichtig	wichtig	weniger	sehr wenig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Wieviel Angst haben Sie vor einer zahnärztlichen Behandlung?

* Wenn ja, sollen wir Ihnen homöopathische Hilfe zur Entspannung anbieten?

	sehr viel	viel	wenig	gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ja		nein	

* Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Dadurch ersparen Sie sich lange Wartezeiten. Wir sind somit zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich! Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir darum mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wenn möglich, berücksichtigen wir gerne Ihre bevorzugten Terminwünsche.

Wochentag vormittags nachmittags

Wochentag vormittags nachmittags

Eine Sicherheitsinformation für Sie. Bitte beachten Sie:

Eine örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Ihre Fahrtüchtigkeit für 4-5 Stunden beeinträchtigt werden kann!

Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Wie oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Name:

Wir behandeln alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht entsprechend vertraulich.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Köln, den
Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

**Ihr Praxisteam
Dr. Olaf Lottner**