

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in der zahnärztlichen Praxis Dr. Michael Schlemmer

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir für eine adäquate und risikominimierte Behandlung auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.

Persönliche Angaben

Name:		Vorname:		Geb.:	
Wohnort:		PLZ:	Straße:		
E-Mail					
Tel.:			Mobil:		
Versicherung:			Beihilfe: ()		
Versicherter:			Geb.:		
Hausarzt:			Tel.:		
Auf wessen Empfehlung kommen Sie:					
		ja	nein	ja	nein
Möchten Sie an Ihre halbjährlichen Termine erinnert werden (Recall):				Möchten Sie über unser Prophylaxeprogramm informiert werden:	

Medizinische Vorgeschichte

		ja	nein	ja	nein
Welche Medikamente nehmen Sie ein?					
Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente allergisch?					
Herz-/Kreislaufkrankung			Osteoporose		
Blutgerinnungsstörung			Immunschwäche (z.B. HIV)		
Herzklappenfehler			Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)		
Bakterielle Endocarditis			Glaukom (grüner Star)		
Herzschrittmacher			Tumorerkrankung		
Rheuma / Rheum. Fieber			Diabetes (Zuckerkrankheit)		
Allergien / Heuschnupfen			Wenn ja, welche?		
Sonstige Erkrankungen / Infektionen:					

Sonstiges

		ja	nein	ja	nein
Rauchen Sie				Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung ^{*)} :	
Besteht eine Schwangerschaft		ja () / nein () / ungewiss ()		ggf. wievielte Woche:	
Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?					

^{*)} Bitte beachten Sie, daß die Fahrtüchtigkeit unter Einfluß von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Wünschen Sie eine Beratung über:

Ihr persönliches Kariesrisiko	()	Ästhetische Zahnheilkunde	()
Parodontal- (Zahnfleisch-) Behandlung	()	Implantate (künstl. Zahnwurzeln)	()
Amalgam-Entfernung / -Alternativen	()	Aufhellen von Zähnen (Bleaching)	()
Zahnfarbene Inlays	()	Sonstiges	

Termine, die Sie nicht einhalten können, sagen Sie bitte mindestens 24 Std. vorher ab. Andernfalls können wir Ihnen die Kosten für die ungenutzte Zeit (Ausfallentgelt gemäß §§ 304,611,615 BGB) in Rechnung stellen. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (akute Schmerzen) in die Praxis, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------