

Louis Arand

ZAHNARZT & FACHZAHNARZT FÜR ORALCHIRURGIE

Anamnesebogen:

Vielen Dank für Ihr Vertrauen in unsere Praxis. Damit wir Sie bestmöglich behandeln können, füllen Sie bitte diesen Bogen vollständig und wahrheitsgemäß aus. Bitte teilen Sie uns etwaige Änderungen umgehend mit. Sämtliche Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname:

Geboren am:

Adresse:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Krankenkasse (auch privat).....

Zahnezusatzversicherung: ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Welche?

.....

Haben Sie ernsthafte Erkrankungen? Welche?

.....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten konsumieren Sie pro Tag?

.....

Ich möchte regelmäßig an die notwendigen Kontrolluntersuchungen erinnert werden.

ja nein

Wenn ja, bitte per: SMS Post

Louis Arand

ZAHNARZT & FACHZAHNARZT FÜR ORALCHIRURGIE

Bitte kreuzen Sie an:

	ja	nein
Haben Sie aktuell Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden an Ihrem Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knackt Ihr Kiefergelenk beim Gähnen und/oder Kauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben bzw. hatten Sie:

Herz- oder Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber- oder Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom (Grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonattherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhten Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankungen und/oder Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferhöhlenentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplikationen bei örtlichen Betäubungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplikationen bei Vollnarkosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in den letzten 12 Mon. im Kopfbereich geröntgt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Nach Injektionen jeglicher Art sollten Sie mindestens drei Stunden kein Kraftfahrzeug bedienen.

Ich verpflichte mich hiermit, alle Änderungen zu meinem Gesundheitszustand unverzüglich dem Praxisteam mitzuteilen. Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich mindestens 24 Stunden vorher absagen. Anderenfalls kann mir für die entstandenen Kosten eine Rechnung bis zur Höhe des gesamten Honorarausfalles ausgestellt werden.

Ich habe die Informationen gelesen und zur Kenntnis genommen.
Alle meine Angaben beruhen auf der Wahrheit.

Bottrop, den

Unterschrift des Patienten/ der Patientin:

.....