

Patientenerhebungsbogen für Ihre Zahnarzt-Sprechstunde

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte geben Sie diesen Anamnesebogen bei Ihrem ersten Termin an der Rezeption ab. Vielen Dank!

Ihr Praxisteam Dr. Volker Schild

Patient

Name: _____
Vorname: _____
geb.: ____ ____ ____
PLZ / Ort: _____
Strasse: _____
Beruf: _____
Telefon (privat): _____
Handy: _____
Telefon (dienstlich): _____
Telefax: _____

Versicherter

Name: _____
Vorname: _____
geb.: ____ ____ ____
PLZ / Ort: _____
Strasse: _____

Krankenversicherung: _____

Sind Sie freiwillig versichert? ¹ Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Haben sie den PKV-Standardtarif gewählt? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

¹ Freiwillig Versicherten und deren Angehörigen erstattet die Krankenversicherung die Behandlungskosten auf Wunsch gegen Rechnung. Das kann für Sie vorteilhaft sein. Sprechen Sie mit uns!

Zahnarztpraxis Dr. Volker Schild

Konrad-Adenauer-Str. 83
57572 Niederfischbach

Tel. 02734 – 5 58 43

Fax 02734 – 5 59 88

Email info@dr-schild.de



www.dr-schild.de

Fragen über Ihren Gesundheitszustand

Allgemeine Situation:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Grund? _____

Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Erfolgt zur Zeit eine Chemotherapie? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? Name, Adresse, Tel. : _____

Herz- / Kreislaufkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz) oder unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?

Besitzen Sie einen Herzschrittmacher bzw. einen Herzklappenersatz?

Zustand nach Herzinfarkt im Jahr _____

Sonstige Herzerkrankung? _____

Blutdruck: normal zu hoch zu niedrig Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?

Infektionserkrankungen:

Gelbsucht (Hepatitis A / B / C)? Tuberkulose (TBC)

Wurde ein AIDS-Test durchgeführt? Ergebnis : _____

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes) Schilddrüsenerkrankung Lebererkrankung?

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)

Erkrankung des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle (Epilepsie)

Psychosomatische Erkrankung

Sonstige Erkrankungen:

Augenerkrankungen: z.B. Star _____

Bestehen Tumore oder Geschwülste, oder wurden diese entfernt? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Allergien:

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? _____

Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Bereich angefertigt?

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

Allgemeine Anamnese:

Rauchen Sie

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? _____

Künftige Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich mitteilen.

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

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mind. 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten (**bzw. Erziehungsberechtigten**) _____