Zahnarztpraxis
Avin Mohammed

Kaiserstraße 19A
55116 Mainz

Tel. & Fax:
06131/ 67 47 42

Anamnesebogen:

Patient Frau/ Herr: Name:_____ Vorname_____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Hauptversicherter: Name:_____ Vorname_____

Geburtsort und -datum des Hauptversicherten: _____

Anschrift: Straße/Nr.: _____ Tel.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail: _____ Arbeitgeber: _____

Name der Krankenkasse/ Privatkrankenkasse: _____

ALLGEMEINE SITUATION

	ja	nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	○	○
_____		
Blutdruck: niedrig○ normal○ hoch○		
Herzerkrankungen / Herzrhythmusstörungen	○	○
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	○	○
Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS)?	○	○
Infektionskrankheiten (Hepatitis,TBC,HIV)	○	○
Diabetes (Zuckerkrankheit)	○	○
Schilddrüsenerkrankung	○	○
Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein?	○	○
Wenn ja, welche? _____		
_____		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel/Tag? _____	○	○

ZAHN-MUND-SITUATION

	ja	nein
Zahnfleischbluten	○	○
Zahnfleischrückgang	○	○
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)	○	○
Schmerzen am Kopf oder im Nacken?	○	○
Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln", zufrieden?	○	○

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?
Vor _____ Monaten

Besteht eine Schwangerschaft?
Ja ____ (Woche) Nein ○ Ungewiss ○

(Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

_____

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden?

Ja ○ Nein ○

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja ○ Nein ○

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.
Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

_____

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Wir sind eine Besteilpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für der Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d. h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.