

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Brune.
Um Ihnen eine optimale Behandlung gewährleisten zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Sollten sich zukünftig Änderungen Ihrer persönlichen Daten ergeben, bitten wir Sie, uns diese mitzuteilen.

Ihr Praxisteam Brune

Anmelde- und Anamnesebogen

1. Persönliches

Name / Vorname

Telefon

Geburtsdatum

Mobil

Straße / Hausnummer

E-Mail

PLZ / Ort

Beruf

**Wenn Sie selbst nicht krankenversichert sind:
Über wen sind Sie versichert?**

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Versicherung

gesetzlich

privat

Hausarzt

Name

Ort

2. Helfen Sie uns Sie besser kennenzulernen.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden und was können wir für Sie tun?

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin, bzw. Prophylaxetermin erinnert werden?

ja nein

Wie? schriftlich E-Mail SMS WhatsApp

In welchen Abständen möchten Sie erinnert werden?

jährlich halbjährlich

3. Allgemeiner Gesundheitszustand

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

HIV Infektion	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schlaganfall	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hepatitis A/B/C.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Rheuma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzerkrankung.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Osteoporose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Haben oder hatten Sie weitere Erkrankungen? (Z.B. Krebserkrankungen/Autoimmunerkrankungen...)

Haben Sie Allergien? ja nein welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja nein welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein welche? _____

Rauchen Sie? ja nein wieviel? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja wievielte Woche? _____
 unbekannt nein

Zahnmediziner Gesundheitszustand?

Schmerzen am Kopf oder Nacken ja nein

Geräusche im Kiefergelenk ja nein

Knirschen Sie? ja nein

Zahnfleischbluten/ Zahnfleischrückgang? ja nein

Würden Sie sich als Angstpatient beschreiben? ja nein

Haben Sie aktuell Schmerzen? ja nein

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich behandelt?

Wann geröntgt?

Datum / Unterschrift