



## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Viktor Schulz, Dr. Oksana Jürgens & Team

### Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

### Recall

Möchten Sie **alle 6 Monate** kostenlos an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

- ja, ich wünsche die Terminerinnerung per  Post  SMS  E-Mail  
 nein

### Termine - Absagen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis.  
Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert.

**Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen (nach § 615 BGB).\***

Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Privat zu zahlende Kosten bei fehlender Terminabsage:

Termine bis zu 30 Min.:	15 €
Termine bis zu 60 Min.:	30 €
Termine ab 1 Std.:	60 €

bitte wenden >>>

## Allgemeine Gesundheitssituation

---

J N

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörung
- Schlaganfall
- Diabetes
- Herzerkrankungen

> wenn ja, welche:

.....

- Schilddrüsenerkrankung
- Rheumatische Krankheiten
- Asthma
- Epilepsie
- Allergien

> wenn ja, welche:

.....

.....

- Infektionskrankheiten
  - HIV
  - Hepatitis A, B oder C
  - Tuberkulose
  - Sonstige: .....

- Sonstige Erkrankungen: .....
- Vielen Dank. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung
- Überweisung
- Im Vorbeigehen
- Internet

Mit der Speicherung meiner Daten zum Zwecke der Rechnungsstellung und ähnlicher Verwaltungsaufgaben bin ich einverstanden. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Datum

Unterschrift

J N

- Nehmen Sie Medikamente ein?

> wenn ja, welche:

- Herzmedikamente:.....
- Cortison:.....
- Schmerzmittel:.....
- Antidepressiva:.....
- Bisphosphonate:.....
- blutverdünnende Medikamente
  - z.B. ASS, Marcumar, Heparin:
  - .....
- Sonstige:.....

- Wurden Sie im Gesichtsbereich schon mal operiert?

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

.....

Bei welchem Zahnarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

(bei Nachfragen vom Bonusstatus und zu aktuellen Röntgenbildern)

.....

Hausarzt: .....

- Rauchen Sie?

**Für unsere Patientinnen:**

- Sind Sie schwanger?

> wenn ja, welche Woche: .....