



Stephan Scholz • Zahnarzt
 Burgstraße 6-8
 65183 Wiesbaden
 Tel.: 0611 / 37 48 37
 Fax: 0611 / 34 14 559
 E-Mail: zahnarztscholz@gmx.de

KINDERZAHNHEILKUNDE • PROPHYLAXE • IMPLANTOLOGIE • ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE

Anamnesebogen

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Liebe Patientin, lieber Patient! Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie diesen Bogen für unsere Patientenkartei so gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte überprüfen Sie deshalb die Angaben und teilen Sie uns eventuelle Änderungen immer mit. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Stephan Scholz & Team

Patientendaten

Name des Patienten: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Im Falle einer gesetzlichen Kasse bitte angeben: Ja [] Nein []

Pflichtversichert: Ja [] Nein []

Freiwillig versichert: Ja [] Nein []

Haben Sie eine private Zusatzversicherung: Ja [] Nein []

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt: Ja [] Nein []

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon, Büro: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (falls diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin
 erinnert werden? [] telefonisch [] per SMS
 [] per E-Mail

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.



Stephan Scholz • Zahnarzt
Burgstraße 6-8
65183 Wiesbaden
Tel.: 0611 / 37 48 37
Fax: 0611 / 34 14 559
E-Mail: zahnarztscholz@gmx.de

KINDERZAHNHEILKUNDE • PROPHYLAXE • IMPLANTOLOGIE • ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE

Ihr persönlicher Datencheck

Herzerkrankung	Ja []	Nein []
Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappen	Ja []	Nein []
Hoher Blutdruck	Ja []	Nein []
Niedriger Blutdruck	Ja []	Nein []
Ohnmachtsneigung	Ja []	Nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	Ja []	Nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	Ja []	Nein []
Rheuma	Ja []	Nein []
Schilddrüsenerkrankung	Ja []	Nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	Ja []	Nein []
Magen- / Darmerkrankung	Ja []	Nein []
Nierenerkrankung	Ja []	Nein []
Lungenerkrankung	Ja []	Nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	Ja []	Nein []
Epilepsie	Ja []	Nein []
HIV (Aids)	Ja []	Nein []
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	Ja []	Nein []

Wenn ja, welche?

Allergien?	Ja []	Nein []
------------	--------	----------

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamente empfindlich?	Ja []	Nein []
---	--------	----------

Wenn ja, bei welchen?

Sind Sie Raucher?	Ja []	Nein []
-------------------	--------	----------

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	Ja []	Nein []
--	--------	----------

Wenn ja, in welchem Monat?



Stephan Scholz • Zahnarzt
Burgstraße 6-8
65183 Wiesbaden
Tel.: 0611 / 37 48 37
Fax: 0611 / 34 14 559
E-Mail: zahnarztscholz@gmx.de

KINDERZAHNHEILKUNDE • PROPHYLAXE • IMPLANTOLOGIE • ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	Ja []	Nein []
Zahnschmerzen	Ja []	Nein []
Zahnfleischbluten	Ja []	Nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	Ja []	Nein []
Kiefergelenkbeschwerden	Ja []	Nein []
Knirschen	Ja []	Nein []
Mundgeruch	Ja []	Nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	Ja []	Nein []
Sonstiges		

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei der Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	Ja []	Nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	Ja []	Nein []
Starker Würgereiz	Ja []	Nein []

Was haben Sie beim Zahnarztbesuch bisher am meisten vermisst?

Beratungs-/Behandlungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	Ja []	Nein []
Weißer Zähne / Bleaching	Ja []	Nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	Ja []	Nein []
Zahnfarbene Keramikfüllungen	Ja []	Nein []
Kieferorthopädische Behandlung	Ja []	Nein []
Austestung verträglicher Füllungsmaterialien	Ja []	Nein []
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	Ja []	Nein []
Ernährungsfragen	Ja []	Nein []
Hypnosebehandlung	Ja []	Nein []
Implantate / Implantatversorgung	Ja []	Nein []
Sonstiges		

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter dem Einfluss von Injektionen zur lokalen Anästhesie sowie Medikamenten, die vor oder während der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum, Unterschrift