

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 und Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Hiermit helfen Sie uns dabei, Sie noch individueller behandeln zu können.

Ihr Dr. Alexander Mohr und das **mohr smile** Team

PERSÖNLICHES

Patient

Name, Vorname		Geburtsdatum, -ort	
Straße, Nr.		PLZ, Wohnort	
Telefon privat	mobil	geschäftlich	
E-Mail		Beruf, Arbeitgeber	

VERSICHERUNG

Krankenkasse

gesetzlich privat beihilfeberechtigt Basistarif

Zusatzversicherung bei _____ Tarifbezeichnung _____

Versicherungsnehmer bitte ergänzen, wenn nicht mit Patient identisch

Name, Vorname		Geburtsdatum, -ort	
Straße		PLZ, Ort	

ANLIEGEN UND WÜNSCHE

Möchten Sie unseren Terminerinnerungsservice generell nutzen?

Ja Nein

Gibt es einen besonderen Grund, der Sie zu uns geführt hat?

Schmerzbehandlung Vorsorgeuntersuchung neuer Zahnersatz Beratung zweite Meinung
 Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

im Internet im Vorbeigehen auf Empfehlung / Sonstiges _____



HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER NACHFOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

NEIN

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Nieren- oder Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen / Allergien / Sonstiges _____ | | |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> MRSA-Infektion | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | |
| <input type="checkbox"/> andere Infektionskrankheiten _____ | | |

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

NEIN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente _____ | <input type="checkbox"/> Cortison _____ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel _____ | <input type="checkbox"/> Antidepressiva _____ |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente _____ | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Medikamente _____ | |

GESUNDHEITSSITUATION

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und Kieferbereich? _____

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (Prophylaxe)? _____

Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne zufrieden? _____

Rauchen Sie? Ja, etwa _____

Sind Sie schwanger? Ja, in der _____ Woche

Haben oder hatten Sie Probleme mit ...?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Kiefergelenke (Geräusche, Schmerzen) |
| <input type="checkbox"/> Zähnepressen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischrückgang | <input type="checkbox"/> Schnarchen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges / Merkmale _____ | | |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Veränderungen meiner Daten oder meines Gesundheitszustandes werde ich unverzüglich mitteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die in der Zahnarztpraxis beschäftigten Ärzte aus dem Berufsrecht der ärztlichen Verschwiegenheit unterliegen. Weiterhin ist mir bekannt, dass die Mitarbeiter der Zahnarztpraxis die geltenden Bestimmungen des Datenschutzes einhalten.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Sie verpflichten sich daher, **vereinbarte Termine einzuhalten** bzw. mindestens **24 Std.** vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Ansonsten werden wir im Einzelfall prüfen, ob wir Ihnen einen uns entstandenen Schaden in Rechnung stellen müssen.

Datum, Ort

Unterschrift