



ZAHNARZTPRAXIS DR. SCHRECK
Eichholzstraße 17 97839 Esselbach
Tel.: 09394 – 333 Fax: 09394 - 8400

ANAMNESEBOGEN

PATIENT					
Vorname					
Name		Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Straße			Hausnr.		
PLZ		Ort			
Telefon privat		mobil			
E-Mail					
Beruf					
Arbeitgeber					
PERSON, ÜBER DIE DER „PATIENT“ VERSICHERT IST (nur auszufüllen, falls Sie über eine andere Person versichert sind bspw. Ihren Ehepartner, Ihre Eltern, ...)					
Vorname					
Name					
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr		

Für die Behandlung benötigen wir folgende Angaben:

LEIDEN SIE AN ... (zutreffend bitte ankreuzen)	JA	NEIN
Herz- Kreislaufbeschwerden?		
Ohnmachtsneigung?		
Allergien/Heuschnupfen?		
Infektionskrankheiten (wie TBC, Gelbsucht, HIV, etc.) ?		
Blutkrankheiten, Blutneigung?		
Diabetes?		
Rheuma?		
Leberkrankheiten?		
Schilddrüsenerkrankungen?		
Sonstige Erkrankungen?		
... wenn (ja) welche? _____		
Befanden Sie sich in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?		
Wer ist ihr Hausarzt?		
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?		
Wie alt ist evtl. vorhandener Zahnersatz?		
Nehmen Sie z.Zt. Medikamente, Bisphosphate, Blutverdünnung, Marcumar?		
... wenn (ja) welche? _____		
Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?		
Besteht eine Schwangerschaft?		
Sind Sie Raucher?		

Ich stimme der Weitergabe meiner persönlichen Daten in praxisrelevanten Angelegenheiten zu. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.

Datum

Unterschrift