



ANAMNESEBOGEN

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

für die Vervollständigung unserer Dokumentation und die Anpassung unserer Behandlung auf Ihren Gesundheitszustand bitten wir Sie, folgende Angaben zu machen. Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

PERSÖNLICHE DATEN

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____		_____
Straße		PLZ/Ort
_____	_____	_____
Telefon Festnetz	Telefon mobil (freiwillige Angabe)	Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)		

VERSICHERUNG

Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> vollversichert	<input type="checkbox"/> Basistarif
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe	
<input type="checkbox"/> keine Versicherung		
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung		
_____	_____	_____

Bitte ergänzen, sofern Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____		_____
Straße		PLZ/Ort

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

<input type="checkbox"/> Patient Zahnarztpraxis Schäfer	<input type="checkbox"/> Internet/Google	<input type="checkbox"/> Sonstige	_____
<input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung durch:	_____	_____	
	Name	Vorname	

ZAHNÄRZTESCHÖRK

Gregor Schörk | Zahnarzt Wilhelmstraße 13 Tel 07034 - 5331 mail@zahnaerzte-schoerk.de
Sandra Schörk | Zahnärztin 71139 Ehningen Fax 07034 - 60717 www.zahnaerzte-schoerk.de

Bitte wenden
Seite 1

GESUNDHEITSFRAGEN

Hausarzt/Kinderarzt

Name/Praxisanschrift

	ja	nein		ja	nein
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HIV		
Haben Sie Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis		
<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler/-prothesen			<input type="checkbox"/> MRSA		
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher			<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob		
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Stent			<input type="checkbox"/> Tuberkulose		
<input type="checkbox"/> Endokarditis			<input type="checkbox"/> sonstige _____		
<input type="checkbox"/> sonstige _____			Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antidepressiva		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> blutverdünnende Mittel		
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate		
rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Erkrankung der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____		
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Woche? _____		
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, warum?		
Wenn ja, welche?			_____		
_____			_____		
Haben Sie einen Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____		
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum		
Wenn ja, welche?			Welche Körperteile wurden geröntgt?		
_____			_____		

VORSORGE

Möchten Sie an Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? ja nein
Wenn ja, per E-Mail Post Telefon
Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? ja nein

Hinweis: Unsere Praxis rechnet über das Deutsche Zahnärztliche Rechenzentrum (DZR) ab.

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 h vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer persönlichen Daten und Gesundheitsangaben und stimmen der Speicherung dieser Daten ausdrücklich zu.

_____	_____
Ort/Datum	Unterschrift
_____	_____
1. Aktualisierung	Unterschrift
_____	_____
2. Aktualisierung	Unterschrift

ZAHNÄRZTESCHÖRK

Gregor Schörk | Zahnarzt Wilhelmstraße 13 Tel 07034 - 5331 mail@zahnaerzte-schoerk.de
Sandra Schörk | Zahnärztin 71139 Ehningen Fax 07034 - 60717 www.zahnaerzte-schoerk.de