

BRENDEBACH
SCHRIEWER
& KOLLEGEN
ZAHNÄRZTE

Herzlich willkommen in unserer Praxis

ANAMNESEBOGEN

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können.
Sagen Sie uns etwas über sich und über ihre Wünsche an uns.

Patient Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail-Adresse

Telefon Arbeitsplatz

Versicherter Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, Fax

Beruf

Arbeitgeber

Telefon, Fax

Krankenkasse, Krankenversicherung

gesetzlich versichert

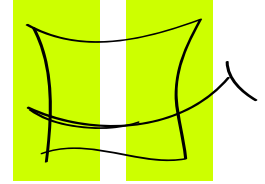
privat versichert

Zusatzversicherung

Durch wen wurden Sie empfohlen?

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu geringen Zeitverschiebungen kommen.

Datum, Unterschrift



Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich – wie alle persönlichen Daten – der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?

- Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein
Haben Sie häufig Nacken- oder Kopfschmerzen? ja nein
Haben Sie manchmal „Metallgeschmack“ im Mund? ja nein
Schnarchen Sie? ja nein

Haben Sie bereits eine Corona-Schutzimpfung erhalten? ja nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Name und Telefonnummer Ihres Hausarztes: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

Allergien, wenn ja, welche? _____

Herzerkrankungen? _____

Kreislaufkrankungen? _____

Vegetative Erkrankungen, Ohnmachtsanfälle? ja nein

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Magen-Darmerkrankungen ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Sonstiges _____

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptische Anfälle ja nein

Krämpfe ja nein

Sonstiges _____

Bluterkrankungen, wenn ja welche?

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung, Gelbsucht, Hepatitis A/B/C ja nein

Tuberkulose ja nein

Chronische Erkrankung der Atemwege ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstige Erkrankungen?

Schwangerschaft

ja nein In welchem Monat?

Teilen Sie uns bitte mit, falls Ihr Gesundheitszustand sich verändert hat. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Datum, Unterschrift