

Zahnarzt
Andreas Kazzer
in der Praxisgemeinschaft Kazzer & Neumann
20251 Hamburg
Tarpenbekstrasse 77
040/474771

Anamnese

Patient Name/Vorn. _____ geb. _____

Mitglied/Versicherter Name/Vorn. _____ geb. _____

Anschrift PLZ _____ Ort _____ Strasse _____

Telefon privat _____ mobil _____ Büro _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Vers./Kasse _____ zusätzlich versichert bei _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

Allergien	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja ,welche ? _____	
Schilddrüsenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Herzkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis/TBC)			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein Wenn ja, welche ?			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie ?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja,wie viele ? _____	

Zahn-Mund Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis ? _____

Zahnfleischbluten- oder rückgang ja nein

Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk ? ja nein

Schmerzen im Kopf/Nackenbereich ? ja nein

Tragen Sie Zahnersatz ? ja nein seit _____ Jahren

Sind Sie mit Stellung, Form u. Farbe (mit Ihrem „ Lächeln “) zufrieden ? ja nein

Haben Sie Interesse an einer besonderen Vorsorge
zur Vermeidung von Karies und Zahnfleischrückgang ja nein

Dürfen wir Sie an Vorsorgetermine erinnern ? ja nein

Bitte wenden...weitere Informationen finden Sie auf der Rückseite ►

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich untersucht ? _____

Letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme vor ca. _____

In der Zahnarztpraxis (Name & Adresse) _____

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt/ Ärztin ? _____

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft ? Ja, ich bin in der _____ Woche
 nein
 ungewiss

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung sobald eine Schwangerschaft eintritt

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt _____

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis heute aufsuchen ? _____

bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich bei uns wohl fühlen und stehen Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung .

Mit der Weitergabe meiner Daten innerhalb der Praxisgemeinschaft (Frau Neumann) bin ich einverstanden.

Wir sind eine Bestellpraxis und sorgen mittels unserer Terminplanung dafür, dass für unsere Patienten so gut wie keine Wartezeiten entstehen, bitten Sie aber reservierte Termine falls notwendig rechtzeitig (- 48 Stunden) vorher abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)