LÖWENZAHNÄRZTE
BRAUNSCHWEIG

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:in

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): _____

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen: _____

_____

Versichert über

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Versicherung: _____

☐ gesetzlich ☐ freiwillig ☐ privat ☐ PKV-Standardtarif ☐ Beihilfe

☐ Zusatzversicherung: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen

☐ Herz-/Kreislauferkrankungen
☐ Bypass/Stent/Herzschrittmacher
☐ Immunschwäche (HIV/ AIDS)
☐ Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)
☐ Osteoporose
☐ Rauchen Sie? (wieviel pro Tag: ____)
☐ Herzklappenerkrankung/-ersatz
☐ Endokarditis-Prophylaxe
☐ Rheuma, rheumatisches Fieber
☐ Nierenfunktionsstörung
☐ Magen-Darm-Erkrankung
☐ Bluthochdruck (Hypertonie)
☐ Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)
☐ Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A,B,C)
☐ Schilddrüsenüberfunktion oder -Unterfunktion
☐ Tumorerkrankung
☐ Anfallsleiden (Epilepsie)
☐ HIV / Aids
☐ Herzinfarkt, Angina Pectoris
☐ Neigen Sie zu blauen Flecken?
☐ Tuberkulose
☐ Augenerkrankung (Glaukom– grüner Star)
☐ Einnahme von Bisphosphonaten

Bitte wenden!

LÖWENZAHNÄRZTE
BRAUNSCHWEIG

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

☐ Neigung zur Ohnmacht
☐ Schwangerschaft (ja/vielleicht)
☐ Allergien (Allergiepass: ☐ ja ☐ nein)
welche _____
☐ Medikamenten-Unverträglichkeit
welche _____
☐ Regelmäßige Medikamenten-Einnahme (z.B. Marcumar, ASS)
welche _____
☐ Häufig Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus
☐ Sonstige Erkrankungen/Infektionen: _____

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt, Ihre Zähne gesund zu erhalten – von Anfang an!
Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen **kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine** an.
Die Teilnahme am Recall kann jederzeit widerrufen weden.

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, per
Telefon: _____
Brief: _____
E-Mail: _____

Ich wünsche eine gezielte Beratung über ...

☐ Implantate (künstliche Zahnwurzeln)
☐ Laser-Behandlung
☐ Amalgamaustausch / -alternativen
☐ Kiefergelenk-Behandlung (CMD)
☐ Kinderprophylaxe
☐ Mundgeruchsprechstunde
☐ Angstfreie Behandlung
☐ Zahnersatz
☐ Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung)
☐ Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde
☐ Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung
☐ Beratung für Schwangere
☐ Bleaching (Zahnaufhellung)
☐ Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung
☐ Sonstiges _____

Bitte wenden!

LÖWENZAHNÄRZTE
BRAUNSCHWEIG

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft (DZR) mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- ☐ Internetsuchmaschine
- ☐ Gelbe Seiten
- ☐ Lage der Praxis
- ☐ Internetpräsenz
- ☐ Telefonbuch
- ☐ Empfehlung von: _____

Zudem bieten wir Ihnen die Möglichkeit, Ihre Termine online zu vereinbaren und zu verwalten. Schauen Sie hierzu auf **www.loewenzahnaerzte.de**.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen. Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

_____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten