



ANAMNESEBOGEN

Vielen Dank, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Um Sie optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sich einige Angaben während des Behandlungszeitraumes ändern, teilen Sie uns diese, auch in Ihrem eigenen Interesse, bitte umgehend mit.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerung kommen, Sie werden dann umgehend informiert.

Patientendaten	Versicherter (wenn abweichend vom Patienten)
Name, Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Beruf	
Telefon	
E-Mail-Adresse	
Versicherung	

Hausarzt

Wie kommen Sie zu uns?

Internet Zeitung Telefonbuch Zufall Empfehlung, von wem? _____

Teil 1 | ALLGEMEINE FRAGEN

ja	nein	Der Grund für Ihren Zahnarztbesuch ist?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontrolluntersuchung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischerkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopf- und Nackenschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenksbeschwerden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie nach einem Unfall jemals Beschwerden im Kopf oder Nacken?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pressen oder Knirschen Sie auf ihren Zähnen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann war ihr letzter Zahnarztbesuch? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden sie unter Mundgeruch?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit der Farbe ihrer Zähne zufrieden?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit der Stellung ihrer Zähne zufrieden?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie früher eine Zahnspange?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
		sonstiges

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnarchen Sie?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treiben Sie Sport? Welchen? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interesse an einem Sportmundschutz?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefallen Ihnen Ihre Zähne?
		Wenn nein, warum? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wünschen Sie eine Beratung über:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Individualprophylaxe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parodontalbehandlung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ästhetische Füllungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnaufhellung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keramische Verblendschalen/Veneers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kieferorthopädie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenkbehandlung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amalgamentfernung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
		sonstiges

