



PATIENTENANAMNESE

Bitte ausfüllen und an der Rezeption abgeben

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer	Geburtsort
_____	_____	_____
Telefon (privat)	Mobiltelefon oder Telefon (Arbeit)	E-Mail-Adresse
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	Krankenkasse
_____	_____	_____

Sie sind nicht selbst Krankenversicherungsmitglied – über wen sind Sie familienversichert?

Name des/der Versicherten	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____

Für Neupatienten: Herzlich willkommen in der Praxis mit Weitblick!

Akute Schmerzen: _____

Behandlungswunsch: _____

Wer hat uns Ihnen empfohlen? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Worüber möchten Sie mehr wissen?

- | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Professionelle Prophylaxe | <input type="radio"/> Zahnschule für Kinder | <input type="radio"/> Parodontitis-Behandlung |
| <input type="radio"/> Schmerzen Kiefergelenk (DIR®) | <input type="radio"/> Zahnfarbene Füllungen | <input type="radio"/> Ästhetischer Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Digitaler Zahnersatz (CEREC®) | <input type="radio"/> Implantatbehandlung | <input type="radio"/> Wurzelkanalbehandlung |

Für unsere Patienten-Kartei

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Ort) _____

Haben Sie Allergien? _____

GESUNDHEITSFRAGEN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Was? _____	Grund? _____
Was? _____	Grund? _____
Was? _____	Grund? _____
Was? _____	Grund? _____
Was? _____	Grund? _____

Haben oder hatten Sie irgendwelche der folgenden Erkrankungen bzw. Behandlungen?

Herz	<input type="radio"/> Herzinsuffizienz	<input type="radio"/> Rhythmusstörungen	<input type="radio"/> Herzschrittmacher
	<input type="radio"/> Herzinfarkt	<input type="radio"/> Herzklappenersatz	<input type="radio"/> Sonstiges
Kreislauf	<input type="radio"/> Bluthochdruck	<input type="radio"/> Blutungsneigung	<input type="radio"/> Schlaganfall
	<input type="radio"/> niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/> Schwindelanfälle
	<input type="radio"/> Blutverdünner	<input type="radio"/> Gerinnungsstörung	<input type="radio"/> Sonstiges
Stoffwechsel	<input type="radio"/> Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Niereninsuffizienz
	<input type="radio"/> Lebererkrankungen	<input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> Sonstiges
Skelettsystem	<input type="radio"/> Medikamente (Bisphosphonate)	<input type="radio"/> Osteoporose	<input type="radio"/> Rheuma
	<input type="radio"/> Knochentumor (auch Metastasen)	<input type="radio"/> Gicht	<input type="radio"/> Sonstiges
Nervensystem	<input type="radio"/> Epileptische Anfälle	<input type="radio"/> Multiple Sklerose	<input type="radio"/> Sonstiges
Atmung	<input type="radio"/> Atemstörungen	<input type="radio"/> Asthma bronchiale	<input type="radio"/> Sonstiges

|_____

Infektionskrankheiten: z. B. HIV (AIDS), Hepatitis, Tuberkulose, Creutzfeldt-Jakob, MRSA-Keim

|_____

Tumorerkrankungen |_____

Frühere Operationen |_____

Sonstige Erkrankungen |_____

Risikofaktoren: Rauchen < 10/Tag 10–20/Tag > 20/Tag seit |_____

Röntgen: Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Hals-Bereich geröntgt? |_____

Schwangerschaft: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? |_____

Vielen Dank für Ihre Mühe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vorher ab.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____