



Anamnesebogen Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bitte füllen Sie die folgenden Informationen für unsere Unterlagen aus. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Persönliche Informationen:

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Geburtsort: _____
Straße/ Hausnummer: _____ E-Mail: _____
Postleitzahl, Ort: _____ Telefonnummer: _____

Versichert über:

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Geburtsort: _____
Straße/ Hausnummer: _____ E-Mail: _____
Postleitzahl, Ort: _____ Telefonnummer: _____

Krankenkasse / Versicherung: _____

gesetzlich versichert privat versichert privat versichert - im Basistarif

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Hausärztliche Praxis:

Name: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Überwiesen von / empfohlen durch: _____

Befinden Sie sich aktuell in physiotherapeutischer, heilpraktischer oder osteopathischer Behandlung? Ja Nein

Befinden Sie sich aktuell in Fachärztlicher Behandlung? Ja Nein

Ich habe folgendes Anliegen:

Routineuntersuchung / Kontrolle Professionelle Zahnreinigung / Individualprophylaxe

Ich habe aktuell Beschwerden:

Welche und seit wann: _____

Sonstiges: _____



Ich wünsche eine besondere Beratung hinsichtlich:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe (Professionelle Zahnreinigung) | <input type="checkbox"/> Endodontologie (Wurzelbehandlung) |
| <input type="checkbox"/> Zahnästhetik | <input type="checkbox"/> Parodontologie (Zahnfleischbehandlung) |
| <input type="checkbox"/> Unsichtbare Zahnsparngen | <input type="checkbox"/> Implantologie |
| <input type="checkbox"/> CMD/Funktion/Kiefergelenksbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kronen/Brücken/Prothesen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Allgemeine Fragen zu Ihnen und Ihrer (Zahn-)Gesundheit:

Haben sie Angst vor einer Spritze? Ja Nein

Sind Sie beim Zahnarzt schon einmal ohnmächtig geworden? Ja Nein

Haben Sie Kopfschmerzen / Migräne? Ja Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Leiden Sie an Zahnfleischbluten? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? Ja Nein

Gibt es aktuelle Röntgenbilder aus den letzten 12 Monaten? Ja Nein

Falls ja, kontaktieren Sie bitte unsere Anmeldung sollten diese angefordert werden können

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Möchten Sie an Ihren Termin erinnert werden?

- Telefonisch via E-Mail

Ort / Datum

Unterschrift