



Anamnesebogen

Praxis für innovative Zahnheilkunde

Name, Vorname:	_____		
Geburtsdatum und Ort:	_____		
Anschrift:	_____		
Telefon privat:	_____	geschäftlich:	_____
Mobil:	_____	E-Mail:	_____
Beruf:	_____	Arbeitgeber:	_____
Hausarzt:	_____		

Versicherte/r: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert () – freiwillig versichert () – privat () – Zusatzversicherung ()

Empfohlen durch: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst genau, damit wir Sie individuell und optimal behandeln können. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten elektronisch gespeichert werden. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzrichtlinien.

Kreuzen Sie bitte die zutreffende Antwort an.

Sind jemals Probleme bei zahnärztlichen Behandlungen/Anästhesien aufgetreten?	JA	NEIN
Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen?	JA	NEIN
Legen Sie Wert auf eine Behandlung in Narkose?	JA	NEIN
Wurden bei Ihnen im letzten Jahr Röntgenbilder angefertigt?	JA	NEIN
Haben Sie Beschwerden?	JA	NEIN
Zähne () Zahnfleisch () Kiefergelenk / Kaumuskel ()		Andere: _____

Haben Sie ein besonderes Anliegen?

Professionelle Zahnreinigung	()
Zahnfleischbehandlung	()
Ästhetische Korrekturen	()
Bleaching	()
Zahnersatz / Implantate	()
Mundgeruch Sprechstunde	()
Schienentherapie	()
Andere	()

Was ist Ihnen bei der Behandlung in unserer Praxis besonders wichtig?
