



Praxisgemeinschaft

Dr. Karina Hilgner
Dr. Benjamin Vogt

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.

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Versicherung: _____

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

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? ☐

Mein Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): _____

Ihr Anliegen, warum Sie heute unsere Praxis besuchen: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

Herz-/Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	Herzklappenerkrankung/-ersatz	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>
Bypass/Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/>	Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche (HIV/Leukämie)	<input type="checkbox"/>
Rheuma, rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung (Hepatitis A, B, C)	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankung (z.B. Grüner Star)	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Neigung zur Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen/Infektionen	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? (Wieviele pro Tag: _____)	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft (ja/vielleicht)	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	Allergien (Allergiepass vorhanden?)	<input type="checkbox"/>

welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Plavix, ASS, Schmerzmittel) ein? ☐

welche: _____

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerzen, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus? ☐



Praxisgemeinschaft

Dr. Karina Hilgner

Dr. Benjamin Vogt

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir haben uns als Ziel gesetzt, Ihre Zähne und Ihr Zahnfleisch so lange wie möglich gesund zu erhalten!

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen an und legen großen Wert darauf, Sie zweimal jährlich zur zahnärztlichen Kontrolle einzuladen. Im Rahmen des Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen **kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine** an.

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen? ja ☐ nein ☐

Diese Einwilligung ist natürlich freiwillig und unabhängig vom Behandlungsverhältnis. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ich wünsche eine Beratung über:

Professionelle Zahnreinigung, Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	Kinderprophylaxe	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbehandlung (Parodontitisbehandlung)	<input type="checkbox"/>	Beratung für Schwangere	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz (Prothetik)	<input type="checkbox"/>	Mundgeruch	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	Zahnaufhellung (Bleaching)	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenkbehandlung	<input type="checkbox"/>	Angstfreie Behandlung	<input type="checkbox"/>
Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internetsuchmaschine ☐ Homepage ☐ Lage der Praxis ☐ Telefonbuch ☐

Empfehlung von: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen (insbesondere der Vorerkrankungen, Medikation, Telefonnummer, Anschrift) umgehend mitzuteilen.

Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten

Weilerweg 33
50765 Köln

Telefon: 0221 – 795014
Telefax: 0221 – 7902595

zahnaerzte.weiler@gmail.com
www.zahnaerzte-weiler.de