



Anmeldebogen mit Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,
damit wir Sie gezielt und sicher beraten und behandeln können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer medizinischen Betreuung in unserer Praxis.

Patient

Name
Vorname
geboren am
Adresse

Telefon
Beruf
Arbeitgeber, Ort
Krankenkasse

Weshalb begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? nein ja
Blutet Ihr Zahnfleisch? nein ja
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? nein ja
Sind Ihre Zähne gelockert? nein ja

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Leiden Sie an Herz-/
Kreislaufkrankungen?
Wenn ja, welche?
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe,
Medikamente, Metall etc.? nein ja
Wenn ja, welche?
Haben Sie einen Allergiepass?
Bestehen Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Aids,
Kinderkrankheiten)? nein ja
Wenn ja, welche?

Ärztliche Behandlung

Wer ist Ihr Hausarzt?

Versicherter

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied
sind, wer ist Mitglied?

Name
Vorname
geboren am
Adresse

Erhalten Sie Beihilfe des
öffentlichen Dienstes? nein ja

Haben Sie Kiefergelenkschmerzen? nein ja
Alter des vorhandenen Zahnersatzes?
Wurden Röntgenbilder erstellt? nein ja
Wenn ja, wann?

Nehmen Sie Medikamente für die
Blutgerinnung ein? nein ja
Leiden Sie an ...
... Diabetes? nein ja
... einer Schilddrüsenerkrankung? nein ja
... Magen-/Darmerkrankungen? nein ja
... Migräne? nein ja
... grünem Star? nein ja
... Rheuma? nein ja
... Asthma? nein ja
Besteht eine Schwangerschaft? nein ja
Rauchen Sie? nein ja

Datum

Unterschrift

Anamnesebogen KFO (Kieferorthopädie)



wittekind

scharfe zähne

Servicebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
Ihre Wünsche sind uns wichtig. Deshalb bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer medizinischen Betreuung in unserer Praxis.

Zahnbehandlung

Grund Ihres heutigen Besuches?

Persönliche Erwartungen/individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung?

Worauf legen Sie besonderen Wert?

Kieferorthopädische Behandlung

Persönliche Erwartungen/individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende kieferorthopädische Behandlung?

Grund Ihres heutigen Besuches?

Worauf legen Sie besonderen Wert?

Ihr Besuch

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst?

Wünschen Sie eine lokale Betäubung? nein ja

Haben Sie Angst vor einer

Zahnbehandlung? nein ja

Befürchtungen

- Ich bin sehr schmerzempfindlich!
- Ich habe große Angst vor der Behandlung!
- Ich bekomme leicht einen Würgereiz!
- Ich habe Angst vor der Spritze!
- andere

Ich wünsche:

- Vorsorgeuntersuchung
- Prophylaxe/Zahnreinigung
- Karies-Risikomessung
- Parodontosebehandlung
- Amalgamsanierung
- weiße Zähne/gesundes Zahnfleisch
- Erneuerung von Füllungen
- Implantatberatung
- funktionsfähigen/ästhetischen Zahnersatz
- (Inlays, Krone, Brücke, Prothese)
- andere

Möchten Sie von uns alle sechs Monate an Ihren

Kontrolltermin erinnert werden? nein ja

Wenn ja, dann ...

- telefonisch per Email per SMS

Telefonnr., Handynr. oder Emailadresse

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- professionelle Zahnreinigung
- Zahnersatz
- Implantologie
- individuelles Prophylaxeprogramm
- Parodontosebehandlung
- Zahnästhetik
- Zahnfehlstellungskorrektur
- Amalgamsanierung
- Mundhygieneartikel
- Bleaching (Zahnaufhellung)
- Sonstiges

Wie haben Sie uns gefunden?

- Internet
- auf Empfehlung von
- andere Quelle:

Dr. Nicola & Franz Witte Zahnärzte & mehr

Wittekindstraße 1 | 49134 Wallenhorst | Fon (0 54 07) 89 55 40 | Fax (0 54 07) 89 55 420 | info@witte-kind.de | www.witte-kind.de