



# DR. HAKIMI + KOLLEGEN

Zahnmedizin + Oralchirurgie + Implantologie

## Anamnesebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. **Ihr Dr. Hakimi + Kollegen**

### Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<hr/>		
Straße	PLZ, Ort	
<hr/>		
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
<hr/>		
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	
Terminerinnerung	<input type="checkbox"/> SMS	<input type="checkbox"/> E-Mail

### Versicherung

Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
<hr/>	
Straße	PLZ, Ort

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen	<input type="checkbox"/> Anzeige: _____
<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____	<input type="checkbox"/> Internet: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Bitte Wenden!



## Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche:

---



---

Infektionskrankheiten:

HIV

Hepatitis

Tuberkulose

Sonstige:

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Medikamente ein?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche:

---



---

Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche:

---



---

Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, wie viele am Tag?

---

Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche:

---

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Sind Sie Schwanger?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche Woche?

---

Sonstige Erkrankungen:

Leiden Sie an Epilepsie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

## Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<hr/>	

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich / jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

---

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.**

Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Nachname, Vorname

Unterschrift ggf. Erziehungsberechtigter