



ZP Niederrhein

Anamnesebogen *Medical history/Records Questionnaire*

Liebe Patientin, lieber Patient! *Dear 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.

Welcome to our dental office. We need your help to make your visit as pleasant as possible. We ask you to fill out this form conscientiously so that we can fulfill your wishes as best as possible. General diseases can also have an impact on dental treatment. All information is of course subject to medical confidentiality.

Persönliches *Personal information*

.....
Name, Vorname *Last name, First name* Geburtsdatum *Date of birth* Geburtsort *Place of birth*

.....
Straße *Street* PLZ, Ort *Postal code, City*

.....
Telefon, Festnetz *Home phone* Telefon Arbeit *Work phone* Telefon Mobil *Mobile phone*

.....
E-Mail Beruf, Arbeitgeber *Occupation, Career*

Terminerinnerung *Appointment reminder* Telefon E-Mail

Versicherung *Insurance*

.....
Krankenkasse *Health Insurance (Name)*

Sonstige Erkrankungen: *Other diseases:*

.....

Infektionskrankheiten: *Infection diseases:*

	Ja	Nein	Yes	No
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis <i>Hepatitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose <i>Tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige *Other:*

.....

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein Yes No
Are you on medication?

wenn ja, welche: *if yes, which:*

- Herzmedikamente: *Cardiac medication :*
- Cortison : *Cortisone:*
- Schmerzmittel: *Pain killers*
- Antidepressiva: *Antidepressants:*
- blutverdünnende Medikamente: *blood-thinning medication:*
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin) (e.g. *ASS, Marcumar, Heparin*)
- Sonstige: *Others:*

Rauchen Sie? *Do you smoke?* Ja Nein Yes No

Für unsere Patientinnen: *For our female patients:*

Sind Sie schwanger? *Are you pregnant?* Ja Nein Yes No

wenn ja, welche Woche: *if yes, which week:*

Mundgesundheitsituation: *Oral health:*

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?
Is there a specific reason for your visit today?

- Vorsorgeuntersuchung *Preventative medical examination*
- Schmerzbehandlung *Pain treatment*
- Überweisung Zahnarzt *Referring Dentist*
- Sonstiges: *Others:*
- Beratung *Consultation*
- Neuer Zahnersatz *new dentures*
- Zweite Meinung *second opinion*

	Ja	Nein	Yes	No
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? <i>Are you satisfied with the position, colour & shape of your teeth?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? <i>Do you grind or clench your teeth?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? <i>Do you have gum problems? Bleeding while brushing? Receding gums?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? <i>Do you have bad breath or bad taste in your mouth?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionel gereinigt (PZR, Prophylaxe)? <i>Have your teeth been professionally cleaned regular every six months/annually?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern? <i>May we offer you the service of reminding you of preventive measures every six months/annually?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie noch Fragen oder ein besonders Anliegen? *Do you have questions or special concerns?*

.....

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.
We work consistently in accordance with our appointment system. This means that during your appointment the time is reserved only for you. We therefore ask you to cancel appointments well in advance but at least 24 hours in advance. This gives us the opportunity to offer appointments to other patients. A long wait can often be avoided.

Bitte, bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.
Please, confirm the accuracy of your information with your signature.

.....

Ort, Datum *City, Date*

.....

Unterschrift *Signature*