

Liebe Patientin, Lieber Patient! Herzlich willkommen in unserer Praxis!
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus bzw. kreuzen Sie die richtigen Antworten an.

ANAMNESEBOGEN SCHNARCHTHERAPIE

Nachname, Vorname der Patientin / des Patienten: _____

geb. am: _____ weiblich männlich

Adresse: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (dienstlich): _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Terminreminderung / Recall gewünscht: nein ja

Krankenversicherung der Patientin / des Patienten:

privat bei: _____ Basis- / Standardtarif? _____

gesetzlich bei: _____ pflichtversichert freiwillig versichert beihilfeberechtigt

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Überwiesen / aufmerksam geworden durch: Zahnarzt Internet Branchenbuch Praxisschild

Freunde / Bekannte sonstiges: _____

Waren Sie bereits wegen des Schnarchens in Behandlung? nein ja Wo? _____

Haben Sie ein Masken-Beatmungsgerät (CPAP)? nein ja

Schnarchen Sie jede Nacht – auch ohne Alkohol nein ja

Stören Sie Ihren Lebenspartner damit? nein ja

Haben Sie Atemaussetzer? nein ja

Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde? nein ja

Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen? nein ja

Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt? nein ja

Werden Sie mehrmals am Tag grundlos müde? nein ja

Schlafen Sie leicht beim Lesen, Fernsehen oder am Arbeitsplatz ein? nein ja

Werden Sie beim Autofahren leicht müde? nein ja

Haben Sie Schwierigkeiten, sich lange zu konzentrieren? nein ja

Haben Sie Bluthochdruck und nehmen Sie Medikamente dagegen? nein ja

Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel? nein ja

Haben Sie Übergewicht? nein ja

Haben Sie zur Zeit Zahn- oder Kieferprobleme? nein ja

Haben Sie chronische Bronchitis, Husten oder Asthma? nein ja

Sind Sie Epileptiker? nein ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben:

Stuttgart, den _____

(Unterschrift der Patientin / des Patienten)

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder andere Angaben rechtzeitig mit!