

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige
 Überweisung von _____
 Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Anamnesebogen

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
 Beratung „zweite Meinung“
 Schmerzbehandlung andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
 Zähne reagieren auf süß / sauer
 Manche Zähne sind temperaturempfindlich
 Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
 Zähne schmerzen auch ohne Belastung
 Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
 Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kreislaufs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Grünen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Krebs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Bulimie/Magersucht | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C |
| Allergien | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, wogegen? | _____ | | |
| eine Gelenkprothese | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk) | | | |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- Stents Bypass
 Herzschrittmacher Herzinfarkt
 Herzkappenentzündung künstliche Herzklappe
 Angina Pectoris _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
 andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
Rauchen Sie? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Datum Unterschrift