

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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nummer _____

PLZ / Ort _____

Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

Privatversichert? ja nein Zahnzusatz versichert? ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Telefon- / Branchenbuch
- Internet, über die Seite: _____
- Empfehlung von: _____
- Sonstiges: _____

Haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Anamnesebogen

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

- Routinekontrolle? „zweite Meinung“?
 Amalgamsanierung? Schmerzbehandlung?
 neuen Zahnersatz?
 andere Gründe: _____

Wünschen Sie eine spezielle Beratung zu folgenden Themen:

- Professionelle Zahnreinigung
 Bleichen von verfärbten Zähnen
 Füllungsalternativen (z.B. Kunststofffüllungen oder Keramikinlays)
 Schienentherapie bei Kopfschmerzen oder Tinnitus
 Vollkeramische Front- und Seitenzahnversorgung
 Implantate mit hochwertigem Zahnersatz

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

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens oder 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 |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma / Atemwegserkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Haben 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 |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grauen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheuma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids) | <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, wo gegen? _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung? Angina Pectoris?
 einen Herzschrittmacher? einen Herzinfarkt?
 Ich benötige eine Endokarditisprophylaxe

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente – Wenn ja, welche?
 ASS Marcumar Sonstige: _____
 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
 Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
 Rauchen Sie? ja nein

Fragen / Anmerkungen

Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner persönlichen Daten wie z.B. Anschrift oder Telefonnummer werde ich rechtzeitig mitteilen.

Datum / Unterschrift