

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 den Zahnstatus und auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Es wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Geschlecht: () m () w

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer(privat/Arbeit): _____ Mobilnummer: _____

Email: _____ Beruf: _____

Krankenkasse/ private Krankenversicherung _____

Gesetzlich versichert () freiwillig versichert () privat versichert ()

Zusatzversicherung () Beihilfe berechtigt ()

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter ?

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt ?

Name: _____ Adresse: _____

_____ Tel: _____

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis ?

Routinekontrolle () neuer Zahnersatz () Schnarchen ()

Neue Füllung () Beratung () „zweite Meinung“ ()

Schmerzbehandlung () Professionelle Zahnreinigung ()

andere Gründe _____

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? _____

Möchten Sie von uns an Ihren nächsten Termin zur Kontrolle / PZR erinnert werden?

() ja () nein Wenn ja per email () oder telefonisch () ?

In eigener Sache

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? _____



Allgemeine Situation

Seite 2

Leiden oder litten Sie unter einer Erkrankung des/der ...

- Herzen oder Kreislauf
- Leber
- Nieren
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Traktes
- Gelenke (Rheuma)
- Wirbelsäule
- Schlafapnoe

Haben oder hatten Sie...

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Erkrankungen im Zahn-Mund-Bereich | <input type="checkbox"/> | Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> |
| Hohen Blutdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | Zahnfleischrückgang | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Kiefergelenksgeräusche | <input type="checkbox"/> |
| eine erhöhte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> | traumatisches Ereignis im Kopfbereich | <input type="checkbox"/> |
| Ohrensausen/ Tinnitus | <input type="checkbox"/> | Operationen im Mund-,Kiefer-,Gesichtsbereich | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | | |
| Grüner Star | <input type="checkbox"/> | | |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | | |
| HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> | | |
| Hepatitis (wenn ja, welcher Typ) | <input type="checkbox"/> | | |
| Allergien (wenn ja welche) | <input type="checkbox"/> | | |
| Sonstige Infektionen/ Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | | |

Zu Ihrem Herzen. Haben oder hatten Sie...

- eine Herzklappenerkrankung
- Angina Pectoris
- einen Schrittmacher
- einen Herzinfarkt
- eine Herz-OP
- eine Herzerkrankung
- Endokarditisprophylaxe

Medikamente: Nehmen oder haben Sie genommen...

- Herzmedikamente
- Cortison
- Schmerzmittel
- Blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin)
- Bisphosphonate (z.B. ASS, Marcumar, Plavix)
- Andere Medikamente, wenn ja welche?

- Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Ja / Nein
- Sind Sie Schwanger? Wenn ja, welche Woche?
- Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele pro Tag? bis 10 () bis 20 () über 20 ()
- Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche?
- Trinken Sie Alkohol? Wenn ja wie viel? täglich () wöchentlich () selten ()
- Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja / Nein
- Schnarchen Sie? Ja / Nein
- Sind sie stark erschöpft, trotz ausreichend viel Schlaf? Ja / Nein
- Verspüren Sie oft starke Tagesmüdigkeit? Ja / Nein

Alle Angaben sind wahrheitsgemäß beantwortet.

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen umgehend zu informieren.

Datum/Unterschrift: _____

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn die Zahnärztin ihre Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder Sie noch ihre Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlung nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb möglichst rechtzeitig vorher abzusagen (mind. 24 Stunden vorher). Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage, können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 BGB §287 ZPO berechnet werden.