

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um auf Ihre individuellen zahnmedizinischen Wünsche eingehen zu können, 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: _____ Geb.: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

- gesetzlich versichert privat versichert PKV Standard/Basistarif
 Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Wer ist ihr Hausarzt?

Name: _____ Straße/Nr.: _____

Telefon: _____ PLZ/Ort: _____

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

- Vorsorgeuntersuchung neuen Zahnersatz Beratung »Zweitmeinung«
 Schmerzbehandlung Sonstiges: _____

Haben/hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen, ergänzen!

Herz-/Kreislaufkrankungen

Blutdruck	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> eingestellt
Angina pectoris (anfallsartiger Brustschmerz)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzinfarkt/Schlaganfall Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bypass/Stent/Herzschrittmacher Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenerkrankung/ -ersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie einen Herzpass/Endokarditispass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Neigen Sie zur Ohnmacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Infektionserkrankungen

Immunschwäche (HIV/AIDS Infektion)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Weitere Erkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> eingestellt
Rheuma		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantation		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung bzw. -funktionsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> dialysepflichtig
Augenerkrankung (Glaukom – grüner Star)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie Endoprothesen (Bsp. künstliches Knie/Hüftgelenk?)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Erkrankung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankung Wenn ja, seit wann, Lokalisation? _____		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenschmerzen, Rückenschmerzen, Tinnitus		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Zahnfleischbluten?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einnahme von Bisphosphonaten?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, SSW _____		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstiges

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?) Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wann war Ihre letzte Operation? _____

Sind Sie in letzter Zeit im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

*Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann!

Sonstige Fragen/Anmerkungen _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Bekannten Telefon-/Branchenbuch Zeitungsanzeige Lage der Praxis
 Überweisung von _____ Internet, über die Seite Sonstiges _____

Unsere Praxis hat sich zum Ziel gesetzt ihre Zähne gesund zu erhalten – von Anfang an!

Hierzu bieten wir ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen **kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine** an.

ja nein Wenn ja, per: Telefon Brief E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen umgehend mitteilen. Ich berechtere Sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

X

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten