

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, dass Sie uns als Zahnarztpraxis gewählt haben und uns Ihr Vertrauen schenken. Um Sie bestmöglich zu behandeln und auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche einzugehen, benötigen wir Angaben zu Ihrer Person und allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient Frau/Herr Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Hauptversicherer Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Kontaktdaten E-Mail-Adresse _____
 Straße /Nr. _____ Telefon _____
 PLZ _____ Ort _____

Krankenkasse/ private Krankenversicherung

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein
 Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Hausarzt _____ Telefon _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden/Bekanntem Telefon-/Branchenbuch
 Internet Sonstiges _____

Möchten Sie regelmäßig an einen Vorsorgetermin per Post, E-Mail oder telefonisch erinnert werden? Die Teilnahme am Recall kann jederzeit widerrufen werden. ja nein

Warum sind Sie heute hier? Was sind Ihre Wünsche?

Routinekontrolle Beratung neuer Zahnersatz
 „zweite Meinung“ Schmerzbehandlung
 andere Gründe _____

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein
 Wenn ja, wie äußern sich diese? Zähne reagieren auf süß/sauer Dauerschmerz
 temperaturempfindlich Kieferschmerzen
 Schmerzen/ Entzündungen Zahnfleisch

Weitere Informationen finden Sie auf der Rückseite!

<u>Erkrankungen</u>	ja	nein	<u>Sonstige Fragen</u>	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluterkrankungen/ Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Unverträglichkeiten von Medikamenten</u>		
Herzklappe/Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche? <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Spritzen aufgetreten? <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
<input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Allergien</u>		
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Allergien bekannt? <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche? _____		
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Nierenfunktionsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Lungenerkrankung/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, welche? _____					

Zahn- Mund- Situation

Knirschen Sie und/ oder leiden Sie an Kiefergelenksproblemen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?	_____	
Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? Stellung/ Farbe/ Form?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Allgemeine Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Wir bitten Sie, uns umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum

Unterschrift